SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)**

**REGIONAL CESAR**

**CENTRO AGOREMPRESARIAL-CESAR**

**Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **20** |
| **Código Centro** | **952010** |
| **Fecha Elaboración** | **Octubre de 2024** |
| **Versión** | **MARZO 2024 - 2,24** |
| **ID de Proceso** | **92543-318147** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | MILADIS SANCHEZ SIERRA | **Banco a consignar:** | BANCOLOMBIA |
| **Cédula de Ciudadanía** | 37.579.803 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | milsanchez3@misena.edu.co | **Número de Cuenta:** | 29738916741 |
| **IP/Nº de contacto:** | 310489488 | **Presta Servicios Excluidos de IVA:** | SI |
| **Inducción SST:** | SI | **Pertenece al régimen simple de tributación:** | SI |
| **Régimen del IVA:** | NO RESPONSABLE | **Es declarante de renta por el año gravable 2023** | NO |

| | |
|---|---|
| **¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?** | NO |
| **Sus ingresos en el 2023 fueron iguales o superiores a $59.377.000** | NO |
| **Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2024 es igual o superior a $188.260.000 (debe registrarse como responsable del IVA)** | NO |
| **¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?** | NO |
| **Concepto del pago corresponde a:** | Ninguno |
| **TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.** | 0,00% |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nº del contrato:** | 6034049/2024 | **Nº Compromiso SIIF** | **52224** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | 9 |

| | |
|---|---|
| **OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado) | INSTRUCTOR: EN EL ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL PRESENCIAL Y/O VIRTUAL EN LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN REGULAR TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA DEL CENTRO CPE NO. 20-9-2024-003576 |

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Del** | **01/10/2024 Al 31/10/2024** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 10.866.160 |
| **Número de pago** | **7** | **Valor Total del Contrato:** | $ 37.361.727 |
| **Valor Bruto Pago:** | **$ 4.465.545,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 6.400.615 |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 4.465.545 | Ninguno | 0,00% |
| Ingresos por comisiones | $ 336.520 | Retencion en la Fuente del Periodo | $ 0 |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 0 | | |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 4.802.065** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 3.212.565** | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

## LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

| | | Octubre | Setiembre | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | | ---------- | **7940307125** | Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 3.212.565,00 | TARIFA |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | | $ 1.786.218 | $ 1.786.218 | Base retención en la fuente a titulo de ICA | 0,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | | $ 223.300 | $ 223.300 | Valor base IVA | 0,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | | $ 285.800 | $ 285.800 | IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | | $ - | $ 0 | Menos Retención en la Fuente | 0,00 | 0,00% |
| ARL | | $ 9.400 | $ 9.400 | Menos Retencion IVA | 0,00 | 0% |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ - | | - | 0,00 | 0% |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ - | | - | 0,00 | 0% |
| Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ - | | - | 0,00 | 0% |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias | | $ - | | - | 0,00 | 0% |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC | | $ - | | Pro-Universidad | 24.010,00 | 0,500% |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias | | $ - | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Intereses Prestamo de Vivienda | | $ - | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Dependientes hasta | | $ - | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Salud hasta | $ 753.040 | $ - | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Renta Exenta 25% | $ 27.886.012 | $ 1.071.000 | | | 0,00 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | $ 5.892.000 | | | Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| Retención en la Fuente Contingente | | $ | | **VALOR A PAGAR** | **$4.441.535,00** | |

**SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y UN MIL QUINIENTOS TREINTA Y CINCO PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir la formación profesional presencial en los programas de formación titulada

FORMACION TITULADA FICHA: 2924936 - ATENCION INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA

FORMACION COMPLEMENTARIA PROGRAMA: ESTRATEGIAS PEDAGOGICAS PARA LA ATENCION DE NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS FICHA:3062358-3064150

PROGRAMA: REFERENTES TECNICOS DE LA EDUCACION INICIAL

Planear y ejecutar el proceso de planeación pedagógica, proyección de guías, planes de trabajo, como así mismo, material de apoyo

Usar los Instrumentos de reconocimientos de saberes previos a los aprendices de las fichas asignadas Teniendo en cuenta la competenc

Llevar el control de asistencias en formato no controlado de los programas de formación asignados del mes de Octubre

Se registraron juicios evaluativos de los programas de formación complementaria de igual manera los juicios evaluativos de formación

Usar las diferentes plataformas tecnológicas institucionales para el eficaz desarrollo del proceso de formación y el registro

**PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:**

1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí

**MILADIS SANCHEZ SIERRA**
**EL CONTRATISTA**

## CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;

2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;

3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

**JOSE ALEJANDRO OROZCO OCHOA**
**INSTRUCTOR G08**

**Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:**

**EL ORDENADOR DEL PAGO**
**SADY TORCOROMA CASELLES OSORIO**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)**

16/10/24 10:37:32 USUARIO: SIC - C.C. 37579803

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 37579803 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | MILADIS SANCHEZ SIERRA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | PELAYA | DEPARTAMENTO: | CESAR |
| DIRECCIÓN: | CRA 10 7 A 12 BARRIO LAS | TELÉFONO: | 3104894 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Comercio al por mayor de |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7940307125** | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | septiembre | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | septiembre |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2024 | SALUD: | AÑO: | 2024 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2024/10/01 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 950069148 |

## NOVEDADES

| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800224808 | 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 285.900 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 285.900** |
| **SALUD** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 900156264 | EPS037 | EPS037-NUEVA EPS | 1 | $ 223.300 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 223.300** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 860011153 | 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | $ 9.400 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 9.400** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 518.600** |
| **VALOR MORA:** | **$ 0** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 518.600** |

Planilla Pagada

# Documento de Autorización, Reconocimiento y Ordenación de Pago Comisión al Interior del País

| | | |
|---|---|---|
| Usuario que Genera Reporte: | MHscaselle | SADY TORCOROMA CASELLES OSORIO |
| Unidad ó Subunidad que Genera Reporte: | 36-02-00-020-952010 | CENTRO AGROEMPRESARIAL-CESAR |
| Fecha y Hora Generación Reporte: | jueves, 19 de septiembre de 2024 | |

## Comisión Servicio al Interior del País - Tramite - Inicial

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Solicitud de Comisión No.** | 150824 | **Fecha Solicitud** | 2024-09-18 | **Estado de la Comisión** | Autorizada | **Unidad Ejecutora o Subunidad - 36-02-00-020-952010 CENTRO AGROEMPRESARIAL-CESAR** | | | |
| **Tipo de Comisión** | Servicio | **Fecha Aut./ Rech.** | 2024-09-19 | **Genera Viáticos** | SI | **Genera gastos de viaje** | No | **Requiere Pasajes Aéreos** | NO |
| **Transporte por Vía** | Terrestre | **Área u Oficina** | FORMACION | | | **Tipo de trámite** | Inicial | **Comisión Inicial** | |

## CDP de viáticos

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Consecutivo CDP** | 3124 | **Dependencia Solicitante** | | 952045 CENTRO AGROEMPRESARIAL-CESAR - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION | |
| **Rubro Presupuestal de Viaticos** | | C-3603-1300-15-20305C-3603025-02 - ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL - FORTALECIMIENTO DEL SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL DEL SENA NACIONAL | **Rubro Presupuestal de Gastos de Viaje** | - | |

| Nombre | Tipo y Número de Documento | Cargo | Estado | Fecha Inicial Comisión | Fecha final Comisión | Dpto. / Municipio Origen | Dpto. / Municipio Destino | N°. Días | Pernocta Último día Comisión | Porcentaje Pernocta | Total dias | Base de Liquidación | Valor Viático Diario | Valor Total Viáticos | Valor Gastos de Viaje | Valor total a pagar | Objeto de la Comisión por Tercero |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MILADIS SANCHEZ SIERRA | CC: 37579803 | CONTRATISTA | Autorizada | 2024-09-26 | 2024-09-26 | CESAR / CURUMANI | CESAR / AGUACHICA | 0,5 | No | 50 | 1 | 4.465.545,00 | 336.520,00 | 336.520,00 | 0,00 | 336.520,00 | VIATICOS FORMACION 26 27 SEP CURUMANI AGUACHICA - PARTICIPAR DE MANERA ACTIVA EN CADA UNA DE LA ACTIVIDADES A REALIZAR EN LA SEMANA DE ALISTAMIENTO DEL 4TO TRIMESTRE DEL AÑO EN CURSO |
| | | | | 2024-09-27 | 2024-09-27 | CESAR / CURUMANI | CESAR / AGUACHICA | 0,5 | No | 50 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | **Totales Solicitud de Comisión** | | | **336.520,00** | **0,00** | **336.520,00** | |

## OBJETO DE LA COMISIÓN

VIATICOS FORMACION 26 27 SEP CURUMANI AGUACHICA - PARTICIPAR DE MANERA ACTIVA EN CADA UNA DE LA ACTIVIDADES A REALIZAR EN LA SEMANA DE ALISTAMIENTO DEL 4TO TRIMESTRE DEL AÑO EN CURSO

## ORDENADOR DEL GASTO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Identificacion: | 49655633 | Nombre: | SADY CASELLES OSORIO | Cargo: | SUBDIRECTOR CENTRO AGROEMPRESARIAL - CESAR |

MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO

Firmado digitalmente por: MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO
Serial del certificado: 554082733637466296B
Entidad: Persona Juridica
Unidad Organizacional: SUBDIRECCION DE OPERACIONES
Hora de firma: 2024/09/19 10:35:33 -05:00

Este documento se encuentra firmado digitalmente de acuerdo a los lineamientos legales definidos en la ley 527 de 1.999 y sus decretos reglamentarios. Por lo tanto, el original de este documento se encuentra en formato electrónico y goza de autenticidad, integridad y no repudiación. Los certificados digitales de firma del presente documento se han emitido por una entidad de certificación digital Abierta de confianza.

## Documento de Autorización, Reconocimiento y Ordenación de Pago Comisión al Interior del País

| | | |
|---|---|---|
| Usuario que Genera Reporte: | MHscaselle | SADY TORCOROMA CASELLES OSORIO |
| Unidad ó Subunidad que Genera Reporte: | 36-02-00-020-952010 | CENTRO AGROEMPRESARIAL-CESAR |
| Fecha y Hora Generación Reporte: | jueves, 19 de septiembre de 2024 | |

**VISTO BUENO JEFE INMEDIATO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre: | "" | Cargo: | "" |

Firma Responsable

| | | | |
|---|---|---|---|
| Verificado Por: | JOSE VICENTE CUELLAR JULI | Fecha Verificación: | 19/09/2024 10:19:03 |

Firmado digitalmente por:
Nombre: SADY TORCOROMA CASELLES OSORIO
Cédula de ciudadanía: 49655633
Usuario SIIF: MHscaselle
19/09/2024 10:35:52 a. m.



Este documento se encuentra firmado digitalmente de acuerdo a los lineamientos legales definidos en la ley 527 de 1.999 y sus decretos reglamentarios. Por lo tanto, el original de este documento se encuentra en formato electrónico y goza de autenticidad, integridad y no repudiación. Los certificados digitales de firma del presente documento se han emitido por una entidad de certificación digital Abierta de confianza.

| | |
|---|---|
| | Versión: 04 |
| | Código: GTH-F-090 |

**GESTIÓN DE TALENTO HUMANO**

**FORMATO AGENDA DESPLAZAMIENTO CONTRATISTA**

| **DATOS DEL CONTRATISTA QUE SE DESPLAZA** | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **FECHA DE ELABORACIÓN DE AGENDA** | | | | | 12/09/2024 | | | |
| **NOMBRES Y APELLIDOS** | | | | | **IDENTIFICACIÓN:** | | | |
| **MILADIS SANCHEZ SIERRA** | | | | | **Tipo:** | **C.C.** | **No.** | **37579803** |
| **CONTRATO** | **No.** | **CO1.PCCNTR .6034049** | **AÑO** | 2024 | **FECHA VENCIMIENTO DEL CONTRATO** | 13 | 12 | 2024 |
| **OBJETO CONTRACTUAL:** | Prestar los servicios personales de carácter temporal, como instructor en el área de ATENCION INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA para impartir formación profesional integral presencial y/o virtual en los programas de Formación Regular titulada y/o complementaria del Centro Agroempresarial del SENA en el Departamento del Cesar. | | | | | | | |
| **DIRECCIÓN GENERAL/ REGIONAL** | Cesar | | | | **DEPENDENCIA/ CENTRO** | **Centro Agroempresarial** | | |
| **NOMBRE DEL ORDENADOR DEL GASTO (de la Movilización)** | SADY TORCOROMA CASELLES | | | | **CARGO** | SUB DIRECTORA E | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR(A) DEL CONTRATO** | JOSE ALEJANDRO OROZCO OCHOA | | | | **CARGO** | COORDINADOR ACADEMICO | | |

| **INFORMACIÓN DEL DESPLAZAMIENTO** | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **RUTA** | **CURUMANI - AGUACHICA - CURUMANI** | | | | | | | |
| **DIRECCIÓN GENERAL/ REGIONAL** | Cesar | | | | **DEPENDENCIA/ CENTRO** | **Centro Agroempresarial** | | |
| **CIUDAD/DEPARTAMENTO O MUNICIPIO/DEPARTAMENTO O CIUDAD/PAIS** | CESAR | | | **ENTIDAD O EMPRESA:** | CENTRO AGROENPRESARIAL | | **CONTACTO** | 3105496417 |
| **FECHA INICIO DEL DESPLAZAMIENTO** | 26 | 9 | 2024 | **FECHA FIN DESPLAZAMIENTO** | | 26 | 9 | 2024 |
| **FECHA INICIO DEL DESPLAZAMIENTO** | 27 | 9 | 2024 | **FECHA FIN DESPLAZAMIENTO** | | 27 | 9 | 2024 |
| **OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO** | Participar de manera activa en cada una de la actividades a realizar en la semana de alistamiento del 4to trimestre del año en curso | | | | | | | |

| **OBLIGACIONES DEL CONTRATO** | |
|---|---|
| 1 | Desplazarse a otras ciudades o municipios diferentes al domicilio contractual para el cumplimiento del contrato, en caso de que se requiera. |
| 2 | Apoyar la planeación y el alistamiento de los materiales de formación, propios de su área y apoyar los procesos de evaluación y/o parte técnica de la supervisión de la adquisición de bienes y/o servicios cuando la entidad lo requiera de acuerdo con la ley 1474 de 2011 y requerimiento de la institución. |
| 3 | |

**AGENDA**

**ACTIVIDADES ( (Deberá contener información detallada de las tareas a realizar día a día)**

**Día 1 : 26/09/2024**
Desplazamientos ruta de ida: CURUMANI - AGUACHICA
Medio de transporte: terrestre.
Actividades a ejecutar: Participar de manera activa en cada una de la actividades a realizar en la semana de alistamiento del 4to trimestre del año en curso
Desplazamientos Internos: N/A
Desplazamientos Ruta de regreso: AGUACHICA - CURUMANI
Medio de transporte: terrestre
**Día 2 : 27/09/2024**
Desplazamientos ruta de ida: CURUMANI - AGUACHICA
Medio de transporte: terrestre.
Actividades a ejecutar: Participar de manera activa en cada una de la actividades a realizar en la semana de alistamiento del 4to trimestre del año en curso
Desplazamientos Internos: N/A
Desplazamientos Ruta de regreso: AGUACHICA - CURUMANI
Medio de transporte: terrestre

**FIRMAS**

| **FIRMA ORDENADOR DE GASTO:** | **FIRMA SUPERVISOR DEL CONTRATO :** | **FIRMA DEL CONTRATISTA:** |
|---|---|---|
| Firmado digitalmente por Sady Torcoroma Caselles Osorio Fecha: 2024.09.17 15:11:31 -05'00' | | |
| **Nombres y Apellidos: SADY TORCOROMA CASELLES** | **Nombres y Apellidos: JOSE ALEJANDRO OROZCO OCHOA** | |
| **Cargo: SUB DIRECTORA E** | **Cargo: COORDINADOR ACADEMICO** | **Nombres y Apellidos: MILADIS SANCHEZ SIERRA** |

**FORMATO INFORME LEGALIZACION DESPLAZAMIENTO - CONTRATISTA**

**CIUDAD Y FECHA** Curumaní, Cesar 01/10/2024

**PRESENTADO A**: Sady Torcoroma Caselles

| **ORDEN DE VIAJE No:** | **FECHA DE INICIO:** | **FECHA DE FINALIZACION:** |
|---|---|---|
| **150824** | **26/09/2024**<br>**27/09/2024** | **26/09/2024**<br>**27/09/2024** |
| **LUGAR A DONDE REALIZÓ EL DESPLAZAMIENTO** | **REGIONAL / CENTRO DE FORMACION** | **OTRA: (ciudad)** |
| | **Cesar/ Centro Agroempresarial** | **Curumani - Aguachica** |

**OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO:**
Asistir al cronograma estipulado para la semana de alistamiento en el Centro Agroempresarial.

**ACTIVIDADES DESARROLLADAS:**

1. Asistencia a diferentes capacitaciones.
2. Trabajo en diseño curricular, guías y planeación con equipos ejecutores.

**RESULTADOS:**

Se logró asistir a charla realizada por la instructora Bibiana.
Se logró trabajar en conjunto con el equipo ejecutor de Primera Infancia.

**EVIDENCIAS O SOPORTES:** **Enuncie los archivos que soportan estos resultados y anexe lo correspondiente en este Informe**

1. Registro fotográfico
2. Lista de asistencia

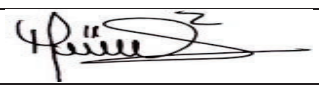
**COMPROMISOS**

| **ACTIVIDAD** | **RESPONSABLE** | **FECHA** |
|---|---|---|
| **1.** Replicar la información recibida en el centro regional en la subsede de Curumaní. | **Miladis Sánchez Sierra** | **A partir de la fecha** |
| **2.** Realizar guías de aprendizaje y planes de trabajo | **Miladis Sánchez Sierra** | **28/09/2024** |

**CONCLUSIÓNES:**
Se realizaron de manera amena las actividades de la semana de alistamiento.

**OBSERVACIONES:**
**N/A**

**DATOS DEL CONTRATISTA**

| **NOMBRE Y APELLIDO** | **FIRMA** |
|---|---|
| **Miladis Sánchez Sierra** |  |

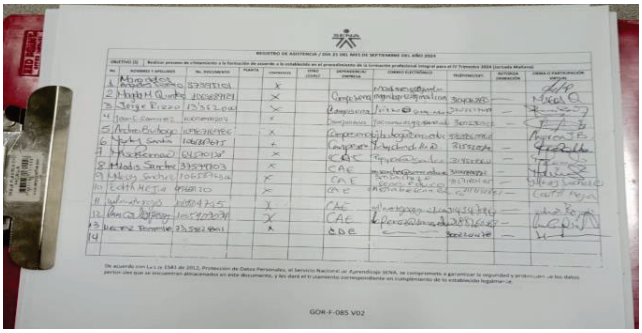
**VISTO BUENO SUPERVISOR**

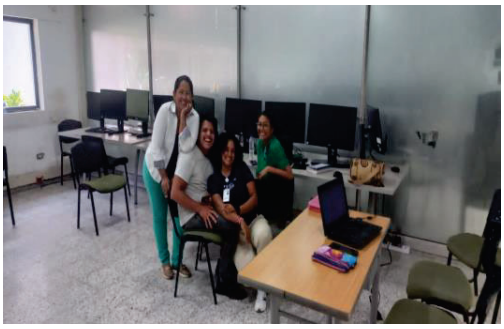
| **CARGO DEL SUPERVISOR** | **NOMBRE Y APELLIDO SUPERVISOR** | **FIRMA** |
|---|---|---|
| | | |

| | | |
|---|---|---|
| **Coordinador Académico** | **José Alejandro Orozco** | |

Firmado digitalmente por JOSE ALEJANDRO OROZCO OCHOA
Fecha: 2024.10.01 17:48:03 -05'00'

**EVIDENCIAS**
**25/09/2024**







**26/09/2024**

**Reunion con el Equipo ejecutor Primera Infancia**

