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	**90214-111093**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	CLAUDIA ELENA RUIZ MORA	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.083.018.558	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	ceruizm@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	29749559321
IP/Nº de contacto:	0	**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	SI
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 2023**	SI

¿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	SI
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:	5779463/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**3724**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	12

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: EN EL ÁREA DE CONTABILIDAD Y FINANZAS PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL PRESENCIAL Y/O VIRTUAL EN LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN REGULAR TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA DEL CENTRO AGROEMPRESARIAL CPE NO. 20-9-2024-000449

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/10/2024 Al 31/10/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 10.866.160
Número de pago	**10**	**Valor Total del Contrato:**	$ 47.930.183
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		----------	**2330985206**	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 I		$ 9.400	$ 9.400	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		Reteica - 8299	0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		-	0,00	0,000%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		-	0,00	0,000%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -		-	0,00	0,000%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -		-	0,00	0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -		Pro-Universidad	24.010,00	0,500%
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%	$ 37.181.350	$ 1.071.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 7.834.345					
				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

TILULADA: ficha: 2827289 GESTION CONTABLE Y DE INFORMACION FINANCIERA

competencia: reconocer recursos financieros de acuerdo con metodología y normativa.

resultado de aprendizaje: Elaborar los ajustes para el cierre del ciclo contable de acuerdo con normativa.

competencia: Elaborar informes financieros de acuerdo con metodologías y normativa.

resultado de aprendizaje: Establecer la estructura de los informes financieros de acuerdo con normativa.

ficha: 2846990 GESTION CONTABLE Y DE INFORMACION FINANCIERA

competencia: reconocer recursos financieros de acuerdo con metodología y normativa.

resultado de aprendizaje: Elaborar el estado de costos del ente económico de acuerdo con políticas contables y normativa.

COMPLEMENTARIA GENERACION DE IDEAS PARA UN NEGOCIO INNOVADOR ficha: 3078575 - 3100778

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

CLAUDIA ELENA RUIZ MORA
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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)

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1083018558
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CLAUDIA ELENA RUIZ MORA
CIUDAD/MUNICIPIO:	AGUACHICA	DEPARTAMENTO:	CESAR
DIRECCIÓN:	AGUACHICA CESAR	TELÉFONO:	5651214
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:	**2330985206**		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):		2024/09/30	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		464888

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		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 285.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 285.800**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 223.300
		SUBTOTAL:	1	**$ 223.300**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860002503	14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1	$ 9.400
		SUBTOTAL:	1	**$ 9.400**

VALOR SIN MORA:	**$ 518.500**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 518.500**

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1083018558
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CLAUDIA ELENA RUIZ MORA
CIUDAD/MUNICIPIO:	AGUACHICA	DEPARTAMENTO:	CESAR
DIRECCIÓN:	AGUACHICA CESAR	TELÉFONO:	5651214
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**2330985206**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES septiembre	AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES septiembre	AÑO 2024
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/09/30	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		464888

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 285.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 285.800	$ 0	$ 285.800
SUBTOTALES:										**$ 285.800**	**$ 0**	**$ 285.800**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 223.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 223.300	$ 0	$ 0	$ 223.300
SUBTOTALES:													**$ 223.300**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 223.300**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 9.400	$ 9.400	$ 0	$ 0	$ 9.400
SUBTOTALES:									**$ 9.400**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 9.400**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																					PARAFISCALES								
																										PENSIÓN									SALUD						ARP																	
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1083018558	RUIZ MORA CLAUDIA ELENA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE		$ 1.786.218				NO																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.786.218	$ 285.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 285.800	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.786.218	$ 223.300	$ 0	$ 223.300	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 1.786.218	108301855	$ 9.400		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 518.500**

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.	151224	**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
CLAUDIA ELENA RUIZ MORA	CC: 1083018558	CONTRATISTA	Autorizada	2024-09-26	2024-09-26	CESAR / SAN ALBERTO	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 SAN ALBERTO AGUACHICA - ASISTIR A LA SEMANA DE ALISTAMIENTO EN EL CENTRO AGROEMPRESARIAL
				2024-09-27	2024-09-27	CESAR / SAN ALBERTO	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 SAN ALBERTO AGUACHICA - ASISTIR A LA SEMANA DE ALISTAMIENTO EN EL CENTRO AGROEMPRESARIAL

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 10:35:39 -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 10:35:53 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:**			
CLAUDIA ELENA RUIZ MORA					**Tipo:**	**C.C.**	**No.**	**1083018558**
CONTRATO	**No.**	**CO1.PCCNTR.5779463**	**AÑO**	2024	**FECHA VENCIMIENTO DEL CONTRATO**	13	12	2024
OBJETO CONTRACTUAL:	Prestar los servicios personales de carácter temporal, como instructor en el área de CONTABILIDAD Y FINANZAS para impartir formación profesional integral presencial y/o virtual en los programas de Formación Regular titulada y/o complementaria del Centro groempresarial 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 OSORIO				**CARGO**	SUBDIRECTORA (E)		
NOMBRE DEL SUPERVISOR(A) DEL CONTRATO	JOSE ALEJANDRO OROZCO OCHOA				**CARGO**	INSTRUCTOR GRADO 15		

INFORMACIÓN DEL DESPLAZAMIENTO								
RUTA	**SAN ALBERTO - AGUACHICA - SAN ALBERTO**							
DIRECCIÓN GENERAL/ REGIONAL	**Cesar**				**DEPENDENCIA/ CENTRO**	**Centro Agroempresarial**		
CIUDAD/DEPARTAMENTO O MUNICIPIO/DEPARTAMENTO O CIUDAD/PAIS	CESAR			**ENTIDAD O EMPRESA:**	CAE Centro Agroempresarial Aguachica		**CONTACTO**	3116545881
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	Asistir a la Semana de alistamiento en el Centro Agroempresarial							

OBLIGACIONES DEL CONTRATO	
1	Participar en los equipos, grupos, comités, proyectos y demás instancias institucionales que lo requieran.
2	Desplazarse a otras ciudades o municipios diferentes al domicilio contractual para el cumplimiento del contrato, en caso de que se requiera

AGENDA

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

Día 1 : 26/09/2024
Desplazamientos ruta de ida: San Alberto - Aguachica - San Alberto
Medio de transporte: Terrestre. Actividades a ejecutar: Semana de alistamiento

Día 2 : 27/09/2024
Desplazamientos ruta de ida: San Alberto - Aguachica - San Alberto
Medio de transporte: Terrestre. Actividades a ejecutar: Semana de alistamiento
Observaciones:

FIRMAS

FIRMA ORDENADOR DE GASTO:	**FIRMA SUPERVISOR DEL CONTRATO :**	**FIRMA DEL CONTRATISTA:**
Firmado digitalmente por Sady Torcoroma Caselles Osorio Fecha: 2024.09.17 15:12:30 -05'00'	Firmado digitalmente por JOSE ALEJANDRO OROZCO OCHOA Fecha: 2024.09.12 09:48:07 -05'00'	
Nombres y Apellidos: SADY TORCOROMA CASELLES OSORIO	**Nombres y Apellidos: JOSE ALEJANDRO OROZCO OCHOA**	
Cargo: Subdirectora Encargada	**Cargo: INSTRUCTOR GRADO 15**	**Nombres y Apellidos: CLAUDIA ELENA RUIZ MORA**

FORMATO INFORME LEGALIZACION DESPLAZAMIENTO - CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA: San Alberto – Cesar 03/10/2024

PRESENTADO A: SADY TORCOROMA CASELLES OSORIO - SUBDIRECTORA (E)

ORDEN DE VIAJE No: 151224	**FECHA DE INICIO:**	**FECHA DE FINALIZACION:**
	26/09/2024 27/09/2024	26/09/2024 27/09/2024
LUGAR A DONDE REALIZÓ EL DESPLAZAMIENTO	**REGIONAL / CENTRO DE FORMACION**	**OTRA : (ciudad)**
	Cesar/Centro Agroempresarial	AGUACHICA

OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO: VIATICOS ALISTAMIENTO: ASISTIR A LA SEMANA DE ALISTAMIENTO EN EL CENTRO AGROEMPRESARIAL

ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

1. Participar en los equipos, grupos, comités, proyectos y demás instancias institucionales que lo requieran.
2. Participar en la elaboración, de guías y planeación pedagógica del programa Tecnólogo en Gestión Contable.
3. Participar en la programación de inducción de los nuevos programas del CAE.

RESULTADOS:

1. Se dejo en el Drive compartido con los equipos ejecutores y coordinación académica, las carpetas con la planeación pedagógica del Trimestre en curso, guías y documentos de apoyo para la ejecución del programa.
2. Se desarrollo las actualizaciones pertinentes de las guías y se dejó registro en el Drive.

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. Realización de la planeación pedagógica, guía de formación del trimestre en curso.	Equipo Ejecutor y Líder de Programa	26 de Septiembre 2024
2. Se evidencia de Forma, planeación de guía unificada de formación, fotográfica en el Drive.	Equipo Ejecutor y Líder de Programa	27 de Septiembre 2024

CONCLUSIÓNES: **1.** Se elaboro el plan de trabajo, planeación pedagógica y guía unificada de formación		
DATOS DEL CONTRATISTA		
NOMBRE Y APELLIDO		**FIRMA**
CLAUDIA ELENA RUIZ MORA		
VISTO BUENO SUPERVISOR		
CARGO DEL SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO SUPERVISOR**	**FIRMA**
COORDINADOR ACADÉMICO	JOSE ALEJANDRO OROZCO OCHOA	Firmado digitalmente por JOSE ALEJANDRO OROZCO OCHOA Fecha: 2024.10.16 08.18.40 -05'00'

REGISTRO FOTOGRAFICO SEMANA DE ALISTAMIENTO AGUACHICA CESAR – 26 Y 27 OCTUBRE

SENA

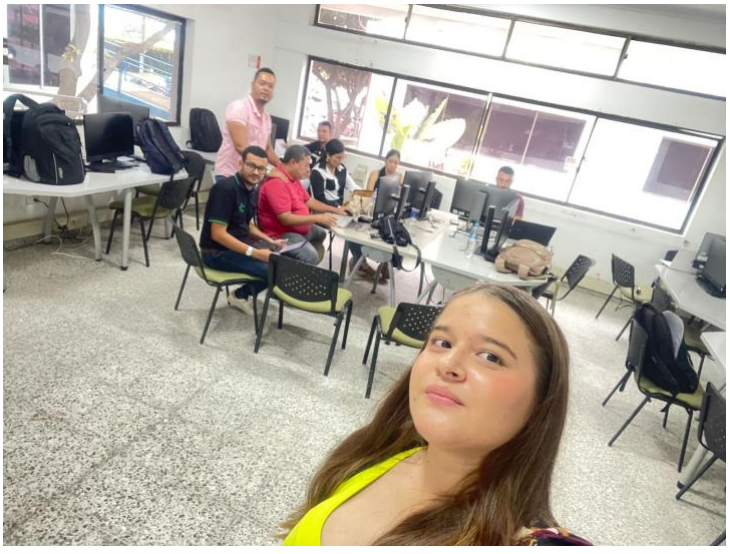
REGISTRO DE ASISTENCIA / DÍA 27 DEL MES DE SEPTIEMBRE DEL AÑO 2024

OBJETIVO (S) | Realizar proceso de alistamiento a la formación de acuerdo a lo establecido en el procedimiento de la formación profesional integral para el IV Trimestre 2024 (Jornada Mañana)

No	NOMBRES Y APELLIDOS	No. DOCUMENTO	PLANTA	CONTRATISTA	OTRO ¿CUAL?	DEPENDENCIA/ EMPRESA	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO/EXT.	AUTORIZA GRABACIÓN	FIRMA O PARTICIPACIÓN VIRTUAL
	Guzman Angel	18.914.371		X	COE		gangel66@sena	3A5585879		
	Claudia Ruiz	1083018558		X		CAE	cruizm@sena	3015733886		Claudia Ruiz
	Wilmer Rojas	1065884745		X	CAE	CAE	wrojas@sena	3143479843		
	Luis Carlos Perez	1065907874		X		CAE	lperez@sena	3188266363		
	Gustavo Rosado	1093.402	X			CAE SENA	grosado@sena.edu.co	3165577805	—	
	Jesus D. Benavides	2058625		X	CAE	SENA	jdbenavides@sena.edu	3176306063	—	
	Jairo M Ochoa	1065871117		X	CAE	SENA	mgomez@sena.	3216215151	—	
	Yinett Pacheco	36381520	X		CAE	SENA	Ypacheco	36381520	—	
	Marlon Kimón	1151.199.234		X	FIC	FIC	mrimone@sena.edu.	3173165196	—	
	Pablo Miranda	1071784716		X	FIC	FIC	pamiranda@sena.edu.co	3156291765	—	
	Liceth K. Castillo	1091655298		X		FIC	lkcastillo@sena.edu.co	3202099800	—	
	Sandra Sanchez	52508266	D			FIC	ssanchezp@sena	3118104013	—	
	Axel Gutierrez	13747752		X	C	CAE	agacajiereo@sena.edu.co	3135770275	—	
	Dayana Quintero	1065913766		X		CAE	ydquintero@sena.edu	3166584161		
	Claudia Ruiz			X.		CAE	—	3015733886	—	Claudia Ruiz

De acuerdo con La Ley 1581 de 2012, Protección de Datos Personales, el Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, se compromete a garantizar la seguridad y protección de los datos personales que se encuentran almacenados en este documento, y les dará el tratamiento correspondiente en cumplimiento de lo establecido legalmente.





REGISTRO DE ASISTENCIA / DÍA 26 DEL MES DE SEPTIEMBRE DEL AÑO 2024

OBJETIVO (S): Realizar proceso de alistamiento a la formación de acuerdo a lo establecido en el procedimiento de la formación profesional integral para el IV Trimestre 2024 (Jornada Mañana)

No	NOMBRES Y APELLIDOS	No. DOCUMENTO	PLANTA	CONTRATISTA	OTRO ¿CUAL?	DEPENDENCIA/ EMPRESA	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO/EXT.	AUTORIZA GRABACIÓN	FIRMA O PARTICIPACIÓN VIRTUAL
	Claudia Ruiz	1083018758		X		CAE	ceruiem@sena.edu	3015733586	N/A	
	B. Bruno Rodriguez	4926757		X		CAE	brodriguez@sena	3165503411	—	
	Juan Martinez	1081814546		Y		CAE	jdmartinez@sena.edu	3114435071		
	Rosa Pantoja P.	49.663.853		X		CAE	rosayamile@sena	3233207918		
	Axel Ramirez	1374752		X		CAE	aaramirez@sena.edu.co	3135770235	—	
	Justin Arcos	1264979[illegible]		X		CDE	earcem@sena.edu	3015812743		
	Alejandra [illegible]	18'472.574		X		CAE	arodriguez@sena.edu.co	3162411614	—	

De acuerdo con La Ley 1581 de 2012, Protección de Datos Personales, el Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, se compromete a garantizar la seguridad y protección de los datos personales que se encuentran almacenados en este documento, y les dará el tratamiento correspondiente en cumplimiento de lo establecido legalmente.

GOR-F-085 V02





DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141133250014

(415)7707212489984(8020) 000014113325001 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 8 3 0 1 8 5 5 8	1	Impuestos y Aduanas de Valledupar 2 4	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 8 3 0 1 8 5 5 8	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Santa Marta 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
RUIZ	MORA	CLAUDIA	ELENA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla
DANNABREEZE	

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cesar 2 0	Aguachica 0 1 1

41. Dirección principal: CL 6 A 32 03 BRR LA UNION

42. Correo electrónico: ceruizm04@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 1 5 7 5 3 5 8 6	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		**Actividad secundaria**		**Otras actividades**			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
6 9 2 0	2 0 1 9 1 1 1 4	8 5 5 1	2 0 2 3 0 6 1 3	4 7 9 1	2 0 2 3		2 4 1 1	1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 5	2	2	4	9																					

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores					
55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 09 - 29 / 12 : 54: 02

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre RUIZ MORA CLAUDIA ELENA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO