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 CUNDINAMARCA

CENTRO DE DESARROLLO AGROINDUSTRIAL Y EMPRESARIAL-CUNDINMARCA

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

Código Regional	**25**
Código Centro	**950910**
Fecha Elaboración	**Noviembre de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**83809-516309**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ANDRES ANDRÉS FELIPE CEPEDA REYES	**Banco a consignar:**	BANCO BBVA
Cédula de Ciudadanía	80.040.757	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	afcepeda@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	0074149089
IP/Nº de contacto:	3017766146	**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	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:	5879620/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**14024**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRODUCCIÓN DE MEDIOS AUDIVISUALES DIGITALES. PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES, TECNÓLOGO Y/O TÉCNICO PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE FORMACIÓN DEL NIVEL TÉCNICO, TECNOLÓGICO Y/O COMPLEMENTARÍA DEL PROGRAMA REGULAR, ATENDIEND

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/10/2024 Al 31/10/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 10.866.159
Número de pago	**9**	**Valor Total del Contrato:**	$ 46.441.668
Valor Bruto Pago:	**$ 4.465.545,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 6.400.614

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.465.545	Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas	3,37%
Ingresos por comisiones	$ 272.140	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 183.109
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 4.465.545		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 9.203.230**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 5.434.907**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 183.109**

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

		Octubre	Setiembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**80657559**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.786.218	$ 1.786.218
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 223.300	$ 223.300
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 285.800	$ 285.800
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 9.400	$ 9.400
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 285.800	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 223.300	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 9.400	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ 920.323	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 34.082.904	$ 1.811.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 7.164.931		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	5.434.907,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.228.585,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	183.109,00	3,37%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299 - VILLETA	33.829,00	0,800%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$4.248.607,00**	

SON: CUATRO MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Apoyo a la formacion ficha 2693213

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

ANDRES ANDRÉS FELIPE CEPEDA REYES
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,

JOHN ALEXANDER SAAVEDRA ZAPATA
INSTRUCTOR G20

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
DAVID ERNESTO AVILA CUBILLOS
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

19/11/24 12:04:16 USUARIO: SIC - C.C. 80040757

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	80040757	ANDRES FELIPE CEPEDA REYES	calle 3#2-151 Palmanova Sinsonte	3017766146	cepefilm@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	VILLETA	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-09	2024-09	I	24/10/2024	80657559	$558.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	223.300	0		0		0	9	1.500	0	224.800	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	285.800	0	0	0	0	9	1.900	0	287.700	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	9.400				9.400	9	100	9.500			94	9.500	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	35.800	9	300	36.100	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	9	0	0	0
ICBF				
0	9	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	223.300	224.800
Pensión	1	285.800	287.700
Riesgos Laborales	1	9.400	9.500
CCF	1	35.800	36.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	554.300	558.100

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	80040757	ANDRES FELIPE CEPEDA REYES	calle 3#2-151 Palmanova Sinsonte	3017766146	cepefilm@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	VILLETA		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-09	2024-09	I	24/10/2024	80657559	$558.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	80040757	CEPEDA REYES ANDRES FELIPE	59	0			N																	230301	1.786.218	285.800	0	0	0	0	EPS017	1.786.218	223.300	14-23	1.786.218	1	9.400	CCF22	1.786.218	35.800	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Villeta, 29 de Octubre de 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

T.I.	**1014740898**	**Ana Sofia Cepeda Arzuza**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente, con mi firma declaro: que NINGUNA PERSONA ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.
Cordialmente,



FIRMA
Nombre: ANDRES FELIPE CEPEDA REYES
C.C. 80040757

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Villeta, 29 de Octubre de 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

NUIP - NIP	**1011264819**	**ELENA CEPEDA SANABRIA**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente, con mi firma declaro: que NINGUNA PERSONA ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.
Cordialmente,



FIRMA
Nombre: ANDRÉS FELIPE CEPEDA REYES
C.C. ___80040757_____

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1014740898

Indicativo Serial 43950451

43950451

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [40] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A 3 F

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA — CUNDINAMARCA — BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido: CEPEDA — Segundo Apellido: ARZUZA

Nombre(s): ANA SOFIA

Fecha de nacimiento: Año 2014 Mes ABR Día 19 — Sexo (en letras): FEMENINO — Grupo sanguíneo: A — Factor RH: POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA — CUNDINAMARCA — BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO — Número certificado de nacido vivo: 12784973 - 7

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: ARZUZA HERRERA CHERYL DAYANNA

Documento de identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA No 52782892 DE BOGOTA D.C — Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: CEPEDA REYES ANDRES FELIPE

Documento de identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA No. 80.040.757 DE BOGOTA D.C. — Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: ARZUZA HERRERA CHERYL DAYANNA

Documento de identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA No 52782892 DE BOGOTA D.C. — Firma

Datos Primer testigo

Apellidos y nombres completos: **********

Documento de identificación (Clase y número): ********** — Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos: **********

Documento de identificación (Clase y número): ********** — Firma

Fecha de inscripción

Año 2014 Mes ABR Día 21

Nombre y firma del funcionario que autoriza: VICTORIA CONSUELO SAAVEDRA SAAVEDRA

Reconocimiento paterno — X

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento: VICTORIA CONSUELO SAAVEDRA SAAVEDRA

ESPACIO PARA NOTAS

ANOTADO EN EL LIBRO DE VARIOS No. 126 FOLIO 173 DE ABRIL 21 DE 2014

COPIA PARA LA OFICINA DE REGISTRO

COMO NOTARIA CUARENTA (40) DE ESTE CIRCULO HAGO CONSTAR QUE ESTA FOTOCOPIA COINCIDE CON SU ORIGINAL QUE REPOSA EN EL LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARIA

BOGOTÁ D.C. 21 ABR 2014

COPIA GRATUITA

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1011264819

Indicativo Serial 62518283

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código [ ]

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. NOTARIA 50 BOGOTA DC

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CEPEDA	SANABRIA

Nombre(s)

ELENA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2023 Mes FEB Día 20	FEMENINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección)

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	2302341034585?

Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, optar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

SANABRIA ALBA CINDY NATALIA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1020763031	COLOMBIA

Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, optar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

CEPEDA REYES ANDRES FELIPE

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 80040757	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CEPEDA REYES ANDRES FELIPE

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 80040757	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario autorizado
Año 2023 Mes FEB Día 21	GABRIEL URIBE ROLDAN Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario autorizado
Firma	GABRIEL URIBE ROLDAN Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

OTRO:ANOTADO EN EL LIBRO DE VARIOS 209 FOLIO 65721/02/2023

María Lucrecia Ortiz
REVISADO

NOTARIA 50 DE BOGOTA D.C.
GABRIEL URIBE ROLDAN
NOTARIO

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE ORIGEN

REGISTRO CIVIL
El presente Registro es copia(fotocopia) auténtica tomada del original que reposa en nuestros archivos de Registro Civil de Nacimiento. Válido para acreditar parentesco.
Se expide a solicitud de Andres Cepeda
Bogotá D.C. 17 FEB 2023

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

Usuario que Genera Reporte:	MHnrodrigr	NIDYA JIMENA RODRIGUEZ RODRIGUEZ
Unidad ó Subunidad que Genera Reporte:	36-02-00-025-950910	CENTRO DE DESARROLLO AGROINDUSTRIAL Y EMPRESARIAL-CUNDINAMARCA
Fecha y Hora Generación Reporte:	2024-10-16-3:26 p. m.	

Comisión Servicio al Interior del País - Tramite - Inicial

Solicitud de Comisión No.	194124	**Fecha Solicitud**	2024-10-02	**Estado de la Comisión**	Autorizada	**Unidad Ejecutora o Subunidad - 36-02-00-025-950910 CENTRO DE DESARROLLO AGROINDUSTRIAL Y EMPRESARIAL-CUNDINAMARCA**		
Tipo de Comisión	Servicio	**Fecha Aut./ Rech.**	2024-10-02	**Genera Viáticos**	SI	**Genera gastos de viaje**	Si	**Requiere Pasajes Aéreos** NO
Transporte por Vía	Terrestre	**Área u Oficina**	INSTRUCTOR			**Tipo de trámite**	Inicial	**Comisión Inicial**

CDP de viáticos

Consecutivo CDP	12724	**Dependencia Solicitante**	950965 C DE DESARROLLO AGROINDUSTRIAL Y EMPRE - APROPIACION DE CIENCIA TECNOLOGIA Y CULTURA
Rubro Presupuestal de Viaticos	C-3605-1300-3-40402A-3605009-02 - ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE PROMOCIÓN Y DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO - IMPLANTACIÓN SISTEMA DE INVESTIGACIÓN APLICADA, DESARROLLO TECNOLÓGICO Y COMPETITIVIDAD	**Rubro Presupuestal de Gastos de Viaje**	C-3605-1300-3-40402A-3605009-02 - ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE PROMOCIÓN Y DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO - IMPLANTACIÓN SISTEMA DE INVESTIGACIÓN APLICADA, DESARROLLO TECNOLÓGICO Y COMPETITIVIDAD

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
ANDRES FELIPE CEPEDA REYES	CC: 80040757	CONTRATISTA	Pagada	2024-10-03	2024-10-03	CUNDINAMARCA / VILLETA	BOGOTA D.C. / BOGOTA D.C.	0,5	No	50	1	4.465.545,00	252.390,00	252.390,00	19.750,00	272.140,00	Primer encuentro zonal de semilleros de investigación, nodo Distrito Capital
				2024-10-04	2024-10-04	CUNDINAMARCA / VILLETA	BOGOTA D.C. / BOGOTA D.C.	0,5	No	50							
											Totales Solicitud de Comisión			**252.390,00**	**19.750,00**	**272.140,00**	

OBJETO DE LA COMISIÓN

Primer encuentro zonal de semilleros de investigación, nodo Distrito Capital

ORDENADOR DEL GASTO

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

Usuario que Genera Reporte:	MHnrodrigr	NIDYA JIMENA RODRIGUEZ RODRIGUEZ
Unidad ó Subunidad que Genera Reporte:	36-02-00-025-950910	CENTRO DE DESARROLLO AGROINDUSTRIAL Y EMPRESARIAL-CUNDINAMARCA
Fecha y Hora Generación Reporte:	2024-10-16-3:26 p. m.	

Identificacion:	20979860	Nombre:	NYDIA JIMENA RODRIGUEZ RODRIGUEZ	Cargo:	SUBDIRECTOR CENTRO DE DESARROLLO AGROINDUSTRIAL Y EMPRESARIAL - CUNDINAMARCA

Firma Responsable

Verificado Por:	HEIDY JAKELIN GUZMAN	Fecha Verificación:	02/10/2024 16:26:55

	Versión: 02
	Código: GRF-F-076

GASTOS DE DESPLAZAMIENTO

COMPROBANTE LEGALIZACION GASTOS TRANSPORTE INFORMAL - CONTRATISTAS

CIUDAD / MUNICIPIO - FECHA:	**Villeta-Bogota, 03 y 04-10-2024**	**Código Regional :**	**25**
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ANDRÉS FELIPE CEPEDA REYES	**Código Centro:**	**9509**
No. DOCUMENTO IDENTIDAD:	80040757	**Fecha de elaboración:**	18-oct

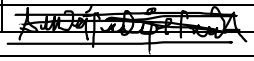
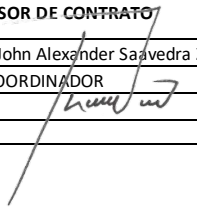
En desarrollo de la comisión No. 194124 durante los días 3- 4 del mes de Octubre de 2024 se informa que en los tramos detallados a continuación, fue necesario utilizar transporte informal sin generación de documento soporte de pago por parte del prestador del servicio:

FECHA	TRAYECTO GENERADOR DEL PAGO	MEDIO DE TRANSPORTE EMPLEADO	VALOR PAGADO
03 y 04-10-2024	Gastos de viaje	Terrestre	19.750,00
	Villeta- Bogotá -Villeta	Terrestre	
	RAZON POR LA CUAL, SE AUTORIZA EL GASTO INCURRIDO CUYO VALOR PAGADO EQUIVALE A:		19.750,00

Para efectos legales el contratista certifica bajo la gravedad del juramento, que las actividades objeto del desplazamiento se cumplieron a cabalidad y el valor cobrado corresponde al valor efectivamente pagado al prestador del servicio de transporte informal.

Este formato aplica únicamente para justificar gastos de transporte en aquellos sitios donde no se cuenta con transporte formal.

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el comisionado y su jefe inmediato, se autoriza el presente gasto.

COMISIONADO CONTRATISTA		SUPERVISOR DE CONTRATO		ORDENADOR DEL GASTO	
Nombre completo:	ANDRÉS FELIPE CEPEDA REYES	**Nombre completo:**	John Alexander Saavedra Zapata	**Nombre completo:**	Nydia Jimena Rodríguez
Numero de Contrato:	CO1.PCCNTR.5879620	**Cargo:**	COORDINADOR	**Cargo:**	Subdirectora (E) C.D.A.E.
Firma:		**Firma:**		**Firma:**	

FORMATO INFORME LEGALIZACION DESPLAZAMIENTO - CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA (En la que se presenta el informe)
VILLETA- 21-10-2024

PRESENTADO A: (Nombre del ordenador del gasto y cargo)
JOHN ALEXANDER SAVEDRA- COORDINADOR ACADEMICO

ORDEN DE VIAJE No:	**FECHA DE INICIO:**	**FECHA DE FINALIZACION:**
194124	2024-10-03	2024-10-04
LUGAR A DONDE REALIZÓ EL DESPLAZAMIENTO	**REGIONAL / CENTRO DE FORMACION**	**OTRA : (ciudad)**
Bogotá	**SENA**	

OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO:
Primer encuentro zonal de semilleros
de investigación, nodo Distrito Capital

ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

1. **ACOMPAÑAMIENTO A LOS APRENDICES PARA EL DESARROLLO DE LOS POSTER DE SEMILLEROS DE INVESTIGACION, CON LOS PROYECTOS: EL PREGON DEL CAMPO Y ABRAZA EL CAMPO**

RESULTADOS:

1. **DESARROLLO DE LOS POSTERS DE CADA PROYECTO**
2. **DESARROLLO DE LA SUSTENCIÓN DE LOS PROYECTOS**
3. **ASISTENCIA A LAS DIVERSAS CONFERENCIAS**
4. **EVALUACION DE PROYECTOS DEL EVENTO**

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

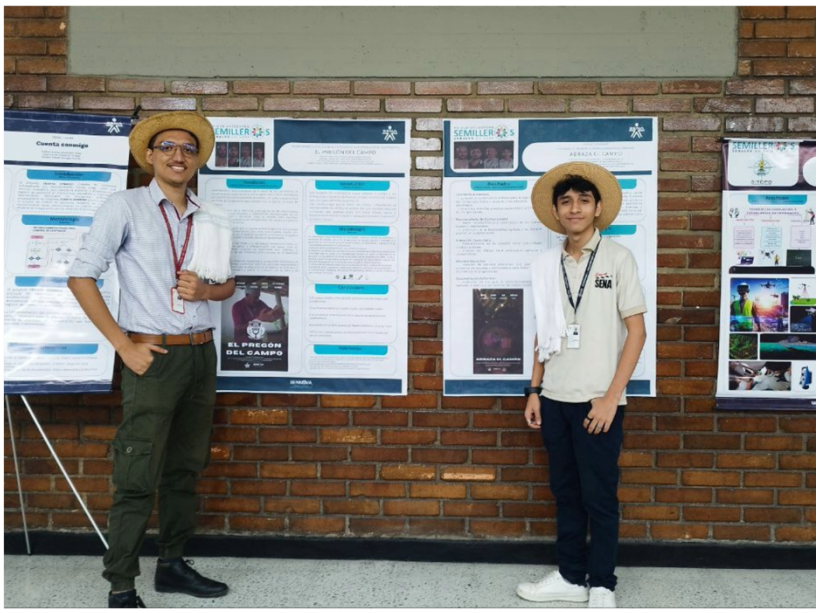
1. **Evidencia fotográfica**


PRIMER ENCUENTRO
SEMILLEROS
ZONALES DC 2024
SENNOVA








EL PREGÓN DEL CAMPO



COMPROMISOS		
ACTIVIDAD	**RESPONSABLE**	**FECHA**
1. SEMILLEROS ZONALES	**ANDRÉS FELIPE CEPEDA REYES**	**03 Y 04 DE OCTUBRE 2024**
2.		
CONCLUSIÓNES: **1. LOS APRENDICES REALIZAN UNA BUENA SUSTENTACION** **2.OTRO CENTRO SE VEN INTERESADOS EN EL PROYECTO Y SUGIEREN UNA COOPERACION ENTRE CENTROS PARA UN PROYECTO INMERSIVO**		
DATOS DEL CONTRATISTA		
NOMBRE Y APELLIDO		**FIRMA**
ANDRES FELIPE CEPEDA REYES		
VISTO BUENO SUPERVISOR		
CARGO DEL SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO SUPERVISOR**	**FIRMA**
COORDINADOR ACADEMICO	**JOHN ALEXANDER SAAVEDRA**	