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 ATLÁNTICO

CENTRO ATENCIÓN SECTOR AGROPECUARIO- ATLÁNTICO

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

Código Regional	**8**
Código Centro	**910310**
Fecha Elaboración	**Diciembre de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**63934-097160**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	MARIA VICTORIA PUGLIESSE MARRUGO	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.043.025.258	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	maria.pugliesse@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	12000029708
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	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:	Honorarios profesionales a persona declarante de renta
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	5851597/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**21024**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR:RESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES PARA EL DESARROLLO DE LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, EN EL ÁREA DE PANADERIA EN LA ESTRATEGIA CAMPESENA SEGUN RADICADO 08-9-2024-003258

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/12/2024**	**Al**	**14/12/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 2.083.921
Número de pago	**11**			**Valor Total del Contrato:**	$ 46.739.371
Valor Bruto Pago:			**$ 2.083.921,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 0

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.083.921	Honorarios profesionales a persona declarante de re	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 2.083.921**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.279.621**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Diciembre	Noviembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**1067614024**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.300.000	$ 1.786.218
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 162.500	$ 223.300
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 208.000	$ 285.800
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 6.800	$ 9.400
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
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		$ -	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 34.082.904	$ 427.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 9.869.761		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.279.621,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	1.713.421,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
-	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%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$2.083.921,00**	

SON: DOS MILLONES OCHENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS VEINTIUNO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ejecutar la formación integral de acuerdo con el currículo, desarrollo curricular y proyecto formativo de los programas del área temát

Seleccionar estrategias de enseñanza-aprendizaje-evaluación según el programa de formación profesional y el enfoque metodológico adopt

Reportar información académica y administrativa según las responsabilidades institucionales asignadas.

Programar actividades enseñanza- aprendizaje- evaluación de conformidad con los módulos de formación profesional

Orientar los procesos de aprendizaje según las necesidades detectadas en los procesos de evaluación y metodologías de aprendizajes.

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

Maria Victoria pugliesse m

MARIA VICTORIA PUGLIESSE MARRUGO
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,

ERMIT ANTONIO SANDOVAL GUEVARA
INSTRUCTOR G13

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
MARIA NELLY FLOREZ RODRIGUEZ
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

06/12/24 08:51:06 USUARIO: SIC - C.C. 1043025258

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2024-11-29, 09:28:57 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1067614024

Periodo Cotización 202411 **Periodo Servicio** 202411

Cliente:

PAGADA 2024-11-29

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARIA VICTORIA PUGLIESSE MARRUGO				
Documento	CC 1043025258	**Dirección**	CR 25A #28 A - 21		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3207282345		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BARRANQUILLA, DISTRITO ESP, INDUSTRIAL Y PORTUARIO	**Departamento**	ATLANTICO		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1043025258		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					PUGLIESSE MARRUGO MARIA VICTORIA	8001000 - 8		ATLANTICO

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																				Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	0			$ 1.786.218	25-14		16 %	$ 1.786.218	$ 285.800	$ 0	$ 0	ESSC07		12,5 %	$ 1.786.218	$ 223.300	$ 0	14-23	1	0,522 %	$ 1.786.218	$ 9.400	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	ASOCIACION MUTUAL SER	POSITIVA DE SEGUROS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 285.800	$ 0	$ 0	$ 223.300	$ 9.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 518.500

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Código: GTH - F- 074

Proceso Gestión de Talento Humano

Formato Entrega de Bienes e Información de Ejecución Contractual por el Contratista

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA: MARIA VICTORIA PUGLIESSE MARRUGO						IDENTIFICACIÓN 1.043.025.258
CIUDAD	SABANALARGA	FECHA	14/12/2024	REGIONAL	ATLÁNTICO	
DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO:			CALLE 9 # 19-120 - CENTRO PARA EL DESARROLLO AGROECOLOGICO Y AGROINDUSTRIAL - CEDAGRO			
NUMERO Y FECHA DE CONTRATO:			CO1.PCCNTR. 5851597 del 01 DE FEBRERO 2024			

CAUSAL DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO

LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO		CESIÓN		LIQUIDACIÓN ANTICIPADA POR MUTUO ACUERDO		TERMINACIÓN UNILATERAL	

DEPENDENCIA SENA	Marcar con x	RESPONSABLES	
		NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA
GESTIÓN DE TIC	X	Francisco Antonio Florian Dominguez	
ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS	X	NEGIA SUSANA DAZA TORRES	
ENTREGA CARNÉ (A Supervisor del Contrato en las Regionales y Centros de Formación) SECRETARIA GENERAL	X	ERMIT SANDOVAL GUEVARRA	
ALMACÉN E INVENTARIOS	X	Generar reporte de https://miinventario.sena.edu.co/Inicio.aspx y anexar al formato, garantizando que no tiene elementos a su cargo.	
SERVICIOS GENERALES, ADQUISICIONES (Administración de edificio, Contratación)	X	Felipe Andres Rangel Pava	
CONTABILIDAD	X	David Enrique Martinez Mercado	
TESORERIA	X	Martha Cecilia Bermudez Rivera	
COORDINACIÓN DE ÁREA/GRUPO/ ACADEMICA	X	ERMIT SANDOVAL GUEVARRA	
BIBLIOTECA	X	KATRIN ORTIZ TRILLOS	
OTRO			
OTRO			
SUPERVISOR DE CONTRATO	X	ERMIT SANDOVAL GUEVARRA	

ELEMENTOS FALTANTES U OBLIGACIONES PENDIENTES (Relacionar con su respectivo valor)

OTROS :

MARIA PUGLIESSE

Firma del Contratista

De acuerdo con los registros del Sistema para la Administración y Control de Bienes SACB, el documento 1043025258 NO ha sido registrado en la Base de Datos y por tanto NO registra bienes a cargo.

Fecha de emisión del reporte: 21 de Noviembre de 2024 a las 22:27:22

El cuentadante responde administrativa y fiscalmente por los bienes aquí relacionados y rendirá cuentas de su utilización. Todo ello según lo dispuesto sobre este particular en la Constitución Política Nacional Art. 124 y en especial lo establecido en los numerales 21 y 22 del Art. 34 de la Ley 734 de 2002; Resolución 1378 de 2018 y en las obligaciones generales de los Contratos de Prestación de Servicios.

	Versión: 02
	Código: GRF-F-076

GASTOS DE DESPLAZAMIENTO

COMPROBANTE LEGALIZACION GASTOS TRANSPORTE INFORMAL - CONTRATISTAS

CIUDAD / MUNICIPIO - FECHA:	Sabanalarga - 4/07/2024	**Código Regional :**	8
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Maria Victoria Pugliesse Marrugo	**Código Centro:**	910310
No. DOCUMENTO IDENTIDAD:	1043025258	**Fecha de elaboración:**	4/07/2024

En desarrollo de la comisión No. 37424 durante los días 8,9,10 y 11 del mes de julio 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
8/07/2024	Sabanalarga - Campo de la Cruz	Terrestre	44700
9/07/2024	Sabanalarga - Campo de la Cruz	Terrestre	44700
10/07/2024	Sabanalarga - Campo de la Cruz	Terrestre	44700
11/07/2024	Sabanalarga - Campo de la Cruz	Terrestre	44700
		RAZON POR LA CUAL, SE AUTORIZA EL GASTO INCURRIDO CUYO VALOR PAGADO EQUIVALE A:	178800

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:	Maria Victoria Pugliesse Marrugo	**Nombre completo:**	Ermit Antonio Sandoval Guevara	**Nombre completo:**	Maria Nelly Flórez Rodríguez	
Numero de Contrato:	5851597	**Cargo:**	Coordinador académico de articulación con la media y poblaciones especiales.	**Cargo:**	Subdirectora	
Firma:	Maria Victoria Pugliesse M.	**Firma:**		**Firma:**		

FORMATO INFORME LEGALIZACION DESPLAZAMIENTO - CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA: Sabanalarga, Atlántico – 4/07/2024

PRESENTADO A: Maria Nelly Flórez Rodríguez, subdirectora

ORDEN DE VIAJE No: 37424	**FECHA DE INICIO:**	**FECHA DE FINALIZACION:**
	8/07/2024	11/07/2024
LUGAR A DONDE REALIZÓ EL DESPLAZAMIENTO	**REGIONAL / CENTRO DE FORMACION**	**OTRA : (ciudad)**
	Atlántico / Centro para el Desarrollo Agroecológico y Agroindustrial	Campo de la Cruz

OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO: Impartir formación profesional integral de la estrategia campeSENA en el área de agroindustria, en el curso de higiene y manipulación de alimentos ficha 3012695 y elaboración de productos lácteos fermentados ficha 3012683.

ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

1. Impartir formación profesional en el área de higiene y manipulación de alimentos y elaboración de productos lácteos fermentados.
2. Acompañamiento permanente en las diferentes actividades académicas, desarrolladas a los aprendices.
3. Entregar a los aprendices las guías de aprendizajes.

RESULTADOS:

1. Se logro Impartir formación profesional en la formación de higiene y manipulación de alimentos, así mismo en la formación de elaboración de productos lácteos fermentados.
2. Acompañamiento permanente en las diferentes actividades académicas, desarrolladas a los aprendices.
3. Entregar a los aprendices las guías de aprendizajes.

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

Higiene y manipulación de alimentos ficha 3012695:





Elaboración de productos lácteos fermentados ficha 3012683





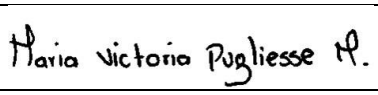
COMPROMISOS

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA
1. Buenas practicas higiénicas en la manipulación de alimentos.	Maria Victoria Pugliesse Marrugo - Instructora	8 y 10 de julio de 2024
2. Elaboración de productos lácteos fermentados.	Maria Victoria Pugliesse Marrugo - Instructora	9 y 11 de julio de 2024

CONCLUSIÓNES:

1. Se logro implementar las buenas prácticas higiénicas al momento de manipular los alimentos, logrando así la disminución de contaminantes en estos.

2. Se elaboraron diferentes productos lácteos fermentados, estandarizando sus formulaciones y aplicando las técnicas de higiene para lograr obtener productos de la mejor calidad.

DATOS DEL CONTRATISTA	
NOMBRE Y APELLIDO	**FIRMA**
Maria Victoria Pugliesse Marrugo	

VISTO BUENO SUPERVISOR		
CARGO DEL SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO SUPERVISOR**	**FIRMA**
Coordinador académico de articulación con la media y poblaciones especiales.	Ermit Antonio Sandoval Guevara	

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
COMPROBANTE DE LEGALIZACION DE GASTOS TRANSPORTE INFORMAL
EN DESPLAZAMIENTO COMISION DE CONTRATISTAS

Codigo Regional :	**8**
Codigo Centro:	**910310**
Fecha de elaboración:	**30/11/2024**
ID Proceso:	**61140-145244**

CIUDAD / MUNICIPIO - FECHA: Sabanalarga, Atlantico 30/11/2024
NOMBRE DEL CONTRATISTA: Maria Victoria Pugliesse Marrugo
No. DOCUMENTO IDENTIDAD: 1.043.025.258

En desarrollo de la comisión No. **55524** durante los dias **14,15,16,20,21,22,23,27** del mes de agosto 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	VALOR PAGADO
14/08/2024	**Sabanalarga - Barranquilla**	**Terrestre**	**143021**
20/08/2024	**Sabanalarga - Barranquilla**		143021
27/08/2024	**Sabanalarga - Barranquilla**		143021
15/08/2024	**Sabanalarga - Candelaria**		143021
22/08/2024	**Sabanalarga - Candelaria**		143021
21/08/2024	**Sabanalarga - Luruaco**		143021
16/08/2024	**Sabanalarga - Repelon**		143021
23/08/2024	**Sabanalarga - Repelon**		143021
	RAZON POR LA CUAL, SE AUTORIZA EL GASTO INCURRIDO CUYO VALOR PAGADO EQUIVALE A:		**$ 1.144.168**

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 unicamente 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 el Supervisor de Contrato, se autoriza el presente gasto

COMISIONADO CONTRATISTA	SUPERVISOR DE CONTRATO	ORDENADOR DEL GASTO
Nombre completo: Maria Victoria Pugliesse Marrugo	**Nombre completo:** Ermit Antonio Sandoval Guevara	**Nombre completo:** María Nelly Flórez Rodríguez
Firma: Maria Victoria Pugliesse M.	**Cargo:** Coordinador Academico	**Cargo:** Subdirectora
	Firma:	**Firma:**

GRF-F-076 V.01

FORMATO INFORME LEGALIZACION DESPLAZAMIENTO - CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA: Sabanalarga, Atlántico – 04/12/2024

PRESENTADO A: María Nelly Flórez Rodríguez, subdirectora

ORDEN DE VIAJE No:55524	**FECHA DE INICIO:**	**FECHA DE FINALIZACION:**
	14/08/2024	27/08/2024
LUGAR A DONDE REALIZÓ EL DESPLAZAMIENTO	**REGIONAL / CENTRO DE FORMACION**	**OTRA: (ciudad)**
	Atlántico / Centro para el Desarrollo Agroecológico y Agroindustrial	Candelaria, Repelón, Luruaco y Barranquilla

OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO: Impartir formación profesional integral de la estrategia campeSENA en el área de agroindustria, en el curso de higiene y manipulación de alimentos.

ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

1. Impartir formación profesional en el área de higiene y manipulación de alimentos.
2. Acompañamiento permanente en las diferentes actividades académicas, desarrolladas a los aprendices.
3. Entregar a los aprendices las guías de aprendizajes.

RESULTADOS:

1. Se logro Impartir formación profesional en la formación de higiene y manipulación de alimentos
2. Acompañamiento permanente en las diferentes actividades académicas, desarrolladas a los aprendices.
3. Entregar a los aprendices las guías de aprendizajes.

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

Higiene y manipulación de alimentos Barranquilla





Higiene y manipulación de alimentos Repelón





Higiene y manipulación de alimentos Luruaco





Higiene y manipulación de alimentos Candelaria





COMPROMISOS		
ACTIVIDAD	**RESPONSABLE**	**FECHA**
1. Buenas practicas higiénicas en la manipulación de alimentos.	Maria Victoria Pugliesse Marrugo - Instructora	14 y 27 de agosto de 2024

CONCLUSIÓNES:

1. Se logro implementar las buenas prácticas higiénicas al momento de manipular los alimentos, logrando así la disminución de contaminantes en estos, para evitar las enfermedades transmitidas por los alimentos.

DATOS DEL CONTRATISTA	
NOMBRE Y APELLIDO	**FIRMA**
Maria Victoria Pugliesse Marrugo	Maria Victoria Pugliesse M.

VISTO BUENO SUPERVISOR		
CARGO DEL SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO SUPERVISOR**	**FIRMA**
Coordinador académico de articulación con la media y poblaciones especiales.	Ermit Antonio Sandoval Guevara	

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
COMPROBANTE DE LEGALIZACION DE GASTOS TRANSPORTE INFORMAL
EN DESPLAZAMIENTO COMISION DE CONTRATISTAS

Codigo Regional :	**8**
Codigo Centro:	**910310**
Fecha de elaboración:	**30/11/2024**
ID Proceso:	**62515-616994**

CIUDAD / MUNICIPIO - FECHA: Sabanalarga, Atlantico 30/11/2024
NOMBRE DEL CONTRATISTA: Maria Victoria Pugliesse Marrugo
No. DOCUMENTO IDENTIDAD: 1.043.025.258

En desarrollo de la comisión No. **68024** durante los dias **24,25,26,27,28,30** 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	VALOR PAGADO
24/10/2024	**Sabanalarga - Manatí**	**Terrestre**	**143021**
25/10/2024	**Sabanalarga - Manatí**	**Terrestre**	143021
26/10/2024	**Sabanalarga - Manatí**	**Terrestre**	143021
27/10/2024	**Sabanalarga - Manatí**	**Terrestre**	143021
28/10/2024	**Sabanalarga - Manatí**	**Terrestre**	143021
30/10/2024	**Sabanalarga - Manatí**	**Terrestre**	143021
	RAZON POR LA CUAL, SE AUTORIZA EL GASTO INCURRIDO CUYO VALOR PAGADO EQUIVALE A:		**$ 858.126**

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 unicamente 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 el Supervisor de Contrato, se autoriza el presente gasto

COMISIONADO CONTRATISTA	SUPERVISOR DE CONTRATO	ORDENADOR DEL GASTO
Nombre completo: Maria Victoria Pugliesse Marrugo	**Nombre completo:** Ermit Antonio Sandoval Guevara	**Nombre completo:** María Nelly Flórez Rodríguez
	Cargo: Coordinador Academico	**Cargo:** Subdirectora
Firma: Maria Victoria Pugliesse M.	**Firma:**	**Firma:**

GRF-F-076 V.01

FORMATO INFORME LEGALIZACION DESPLAZAMIENTO - CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA: Sabanalarga, Atlántico – 04/12/2024

PRESENTADO A: María Nelly Flórez Rodríguez, subdirectora

ORDEN DE VIAJE No:68024	**FECHA DE INICIO:**	**FECHA DE FINALIZACION:**
	24/08/2024	30/08/2024
LUGAR A DONDE REALIZÓ EL DESPLAZAMIENTO	**REGIONAL / CENTRO DE FORMACION**	**OTRA: (ciudad)**
	Atlántico / Centro para el Desarrollo Agroecológico y Agroindustrial	Manatí

OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO: Impartir formación profesional integral de la estrategia campeSENA en el área de agroindustria, en el curso de higiene y manipulación de alimentos.

ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

1. Impartir formación profesional en el área de higiene y manipulación de alimentos.
2. Acompañamiento permanente en las diferentes actividades académicas, desarrolladas a los aprendices.
3. Entregar a los aprendices las guías de aprendizajes.

RESULTADOS:

1. Se logro Impartir formación profesional en la formación de higiene y manipulación de alimentos
2. Acompañamiento permanente en las diferentes actividades académicas, desarrolladas a los aprendices.
3. Entregar a los aprendices las guías de aprendizajes.

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

Higiene y manipulación de alimentos Manatí





Higiene y manipulación de alimentos Manatí





Higiene y manipulación de alimentos Manatí





Higiene y manipulación de alimentos Manatí







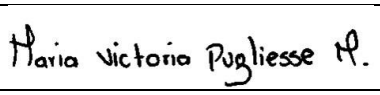
Higiene y manipulación de alimentos Manatí







COMPROMISOS		
ACTIVIDAD	**RESPONSABLE**	**FECHA**
1. Buenas practicas higiénicas en la manipulación de alimentos.	Maria Victoria Pugliesse Marrugo - Instructora	24 y 30 de agosto de 2024

CONCLUSIÓNES: **1.** Se logro implementar las buenas prácticas higiénicas al momento de manipular los alimentos, logrando así la disminución de contaminantes en estos, para evitar las enfermedades transmitidas por los alimentos.		
DATOS DEL CONTRATISTA		
NOMBRE Y APELLIDO		**FIRMA**
Maria Victoria Pugliesse Marrugo		
VISTO BUENO SUPERVISOR		
CARGO DEL SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO SUPERVISOR**	**FIRMA**
Coordinador académico de articulación con la media y poblaciones especiales.	Ermit Antonio Sandoval Guevara	

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
COMPROBANTE DE LEGALIZACION DE GASTOS TRANSPORTE INFORMAL
EN DESPLAZAMIENTO COMISION DE CONTRATISTAS

Codigo Regional :	**8**
Codigo Centro:	**910310**
Fecha de elaboración:	**30/11/2024**
ID Proceso:	**58254-131682**

CIUDAD / MUNICIPIO - FECHA: Sabanalarga, Atlantico 30/11/2024
NOMBRE DEL CONTRATISTA: Maria Victoria Pugliesse Marrugo
No. DOCUMENTO IDENTIDAD: 1.043.025.258

En desarrollo de la comisión No. **87024** durante los dias **22,23,25,26,27,28,29,30** del mes de noviembre 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	VALOR PAGADO
22/11/2024	**Sabanalarga - Soledad**	**Terrestre**	**168260**
23/11/2024	**Sabanalarga - Soledad**	**Terrestre**	**168260**
25/11/2024	**Sabanalarga - Soledad**	**Terrestre**	**168260**
26/11/2024	**Sabanalarga - Soledad**	**Terrestre**	**168260**
27/11/2024	**Sabanalarga - Soledad**	**Terrestre**	**168260**
28/11/2024	**Sabanalarga - Soledad**	**Terrestre**	**168260**
29/11/2024	**Sabanalarga - Soledad**	**Terrestre**	**168260**
30/11/2024	**Sabanalarga - Soledad**	**Terrestre**	**168260**
	RAZON POR LA CUAL, SE AUTORIZA EL GASTO INCURRIDO CUYO VALOR PAGADO EQUIVALE A:		**$ 1.346.080**

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 unicamente 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 el Supervisor de Contrato, se autoriza el presente gasto

COMISIONADO CONTRATISTA	SUPERVISOR DE CONTRATO	ORDENADOR DEL GASTO
Nombre completo: Maria Victoria Pugliesse Marrugo	**Nombre completo:** Ermit Antonio Sandoval Guevara	**Nombre completo:** Maria Nelly Florez Rodriguez
Firma: Maria Victoria Pugliesse M.	**Cargo:** Coordinador Academico	**Cargo:** Subdirectora
	Firma:	**Firma:**

FORMATO INFORME LEGALIZACION DESPLAZAMIENTO - CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA: Sabanalarga, Atlántico – 04/12/2024

PRESENTADO A: María Nelly Flores Rodríguez, subdirectora

ORDEN DE VIAJE No:87024	**FECHA DE INICIO:**	**FECHA DE FINALIZACION:**
	22/11/2024	30/11/2024
LUGAR A DONDE REALIZÓ EL DESPLAZAMIENTO	**REGIONAL / CENTRO DE FORMACION**	**OTRA: (ciudad)**
	Atlántico / Centro para el Desarrollo Agroecológico y Agroindustrial	Soledad

OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO: Impartir formación profesional integral de la estrategia campeSENA en el área de agroindustria, en el curso de higiene y manipulación de alimentos.

ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

1. Impartir formación profesional en el área de higiene y manipulación de alimentos.
2. Acompañamiento permanente en las diferentes actividades académicas, desarrolladas a los aprendices.
3. Entregar a los aprendices las guías de aprendizajes.

RESULTADOS:

1. Se logro Impartir formación profesional en la formación de higiene y manipulación de alimentos
2. Acompañamiento permanente en las diferentes actividades académicas, desarrolladas a los aprendices.
3. Entregar a los aprendices las guías de aprendizajes.

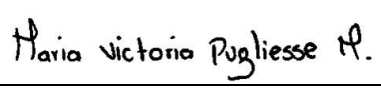
EVIDENCIAS O SOPORTES: **Enuncie los archivos que soportan estos resultados y anexe lo correspondiente en este Informe**









COMPROMISOS		
ACTIVIDAD	**RESPONSABLE**	**FECHA**
1. Buenas practicas higiénicas en la manipulación de alimentos.	Maria Victoria Pugliesse Marrugo - Instructora	22 y 30 de noviembre de 2024
CONCLUSIÓNES: **1.** Se logro implementar las buenas prácticas higiénicas al momento de manipular los alimentos, logrando así la disminución de contaminantes en estos, para evitar las enfermedades transmitidas por los alimentos.		
DATOS DEL CONTRATISTA		
NOMBRE Y APELLIDO		**FIRMA**
Maria Victoria Pugliesse Marrugo		
VISTO BUENO SUPERVISOR		
CARGO DEL SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO SUPERVISOR**	**FIRMA**
Coordinador académico de articulación con la media y poblaciones especiales.	Ermit Antonio Sandoval Guevara	