FORMATO INFORME LEGALIZACION DESPLAZAMIENTO - CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA: Medellín, 24 de julio de 2024

PRESENTADO A: Oldrid Farnery Zambrano Benavides, Subdirector (E) Complejo Tecnológico, Turístico y Agroindustrial del Occidente Antioqueño.

ORDEN DE VIAJE No:	**FECHA DE INICIO:**	**FECHA DE FINALIZACION:**
87324	22/07/2024	22/07/2024
LUGAR A DONDE REALIZÓ EL DESPLAZAMIENTO	**REGIONAL / CENTRO DE FORMACION**	**OTRA : (ciudad)**
SANTA DE ANTIOQUIA - URAMITA	SENA Regional Antioquia / Complejo Tecnológico, Turístico y Agroindustrial del Occidente Antioqueño.	

OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO: Realización nota programa piloto formación a campesinos a través de la radio.

ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

1. Detalle de actividades a desarrolladas en agendas anexas.

RESULTADOS:

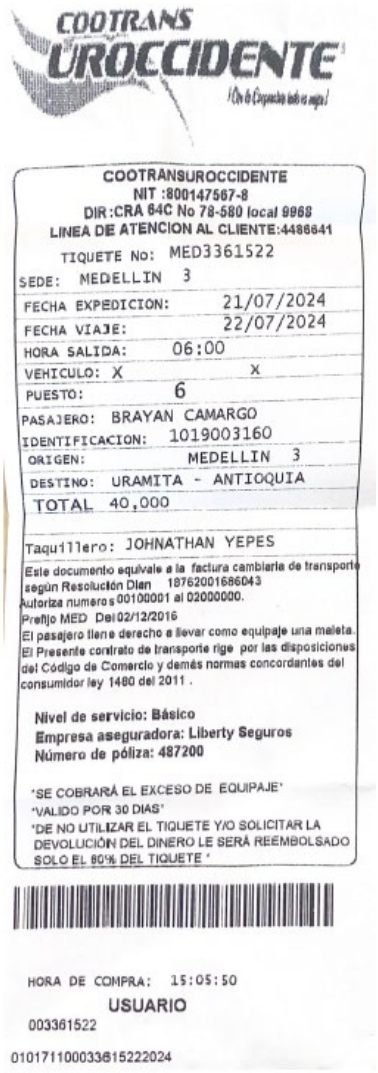
1. Se cumplió con el objeto de la comisión, de acuerdo con las actividades planteadas.

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









COOTRANS UROCCIDENTE

COOTRANSUROCCIDENTE
NIT :800147567-8
DIR:CRA 64C No 78-580 local 9968
LINEA DE ATENCION AL CLIENTE:4486641

TIQUETE No: MED3361522
SEDE: MEDELLIN 3
FECHA EXPEDICION: 21/07/2024
FECHA VIAJE: 22/07/2024
HORA SALIDA: 06:00
VEHICULO: X x
PUESTO: 6
PASAJERO: BRAYAN CAMARGO
IDENTIFICACION: 1019003160
ORIGEN: MEDELLIN 3
DESTINO: URAMITA - ANTIOQUIA
TOTAL 40,000

Taquillero: JOHNATHAN YEPES

Este documento equivale a la factura cambiaria de transporte según Resolución Dian 18762001686043 Autoriza numeros 00100001 al 02000000.
Prefijo MED Del 02/12/2016
El pasajero tiene derecho a llevar como equipaje una maleta.
El Presente contrato de transporte rige por las disposiciones del Código de Comercio y demás normas concordantes del consumidor ley 1480 del 2011 .

Nivel de servicio: Básico
Empresa aseguradora: Liberty Seguros
Número de póliza: 487200

SE COBRARÁ EL EXCESO DE EQUIPAJE
VALIDO POR 30 DIAS
*DE NO UTILIZAR EL TIQUETE Y/O SOLICITAR LA DEVOLUCIÓN DEL DINERO LE SERÁ REEMBOLSADO SOLO EL 80% DEL TIQUETE *

HORA DE COMPRA: 15:05:50
USUARIO
003361522
01017110003361522202 4

COMPROMISOS		
ACTIVIDAD	**RESPONSABLE**	**FECHA**
1.	**N/A**	**N/A**

CONCLUSIÓNES:

1. Se cumplió con el objeto de la comisión, de acuerdo con las actividades planteadas.

DATOS DEL CONTRATISTA	
NOMBRE Y APELLIDO	**FIRMA**
Héctor Brayan Camargo Herrera	

VISTO BUENO SUPERVISOR		
CARGO DEL SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO SUPERVISOR**	**FIRMA**
Coordinador de Formación Profesional y SNFT	Jaime León Tobón Vélez	