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 VALLE

CENTRO ASTIN REGIONAL VALLE

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

Código Regional	**76**
Código Centro	**923010**
Fecha Elaboración	**Junio de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**00936-546451**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ANGELA MARIA RAMOS TELLO	**Banco a consignar:**	BANCO COLPATRIA
Cédula de Ciudadanía	38.642.920	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	amramost@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	5862023303
IP/Nº de contacto:	3128060347	**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 2024**	NO

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a $65.891.000	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2025 es igual o superior a $164.336.700 (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:	7399590/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**10025**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	10

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR - CONTRATAR SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA APOYAR LA EJECUCIÓN DE LAS ACCIONES DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL QUE SE DESARROLLAN EN EL MARCO DEL PROGRAMA BILINGÜISMO, PARA ATENDER LA OFERTA DE FORMACIÓN REGULAR GARANT

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/06/2025 Al 30/06/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 24.684.042
Número de pago	**5**	**Valor Total del Contrato:**	$ 41.395.599
Valor Bruto Pago:	**$ 4.599.511,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 20.084.531

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.599.511	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 262.890	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.862.401**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.220.101**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Junio	Mayo
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9486267308**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.839.804	$ 1.839.804
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 230.000	$ 230.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 294.400	$ 294.400
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	III	$ 44.900	$ 44.900
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	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 32.784.341	$ 1.073.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 3.642.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.220.101,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	0,00	
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%
Pro-UCEVA	24.312,00	0,500%
Universidad del Pacífico	0,00	0,500%
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	**$4.575.199,00**	

SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y CINCO MIL CIENTO NOVENTA Y NUEVE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Realizo Formación Profesional en las fichas 2876140, 2886382, 3179887, 2986755, 2986749, 2876184, 2888488, 2996244 y 3189531.

Asisto a reuniones y actividades convocadas por el centro ASTIN y el equipo de Bilingüismo.

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

ANGELA MARIA RAMOS TELLO
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,

DIEGO FERNANDO GARCIA SILVA
PROFESIONAL G04

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
CAROLINE PEREA CABAL
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 38642920		RAMOS TELLO ANGELA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	AV 9A Norte 14-34C ATP 203	CALI-VALLE	3933952	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-05	1528824142	9486267308	I	2025/06/06	2025/06/04	SCOTIABANK COLPATRIA	0	$569,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,839,804	$294,400			$1,839,804	$230,000			$0	$0			$1,839,804	$44,900		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,839,804	$294,400			$1,839,804	$230,000			$0	$0			$1,839,804	$44,900		$0	$0
Ciudad: CALI Depto: VALLE (1 Afiliados)					$1,839,804	$294,400			$1,839,804	$230,000			$0	$0			$1,839,804	$44,900		$0	$0
1	CC 38642920	RAMOS ANGELA	230301	30	$1,839,804	$294,400	EPS010	30	$1,839,804	$230,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,839,804	$44,900	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,839,804	$294,400			$1,839,804	$230,000			$0	$0			$1,839,804	$44,900		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 38642920		RAMOS TELLO ANGELA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	AV 9A Norte 14-34C ATP 203	CALI-VALLE	3933952	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-05	1528824142	9486267308	I	2025/06/06	2025/06/04	SCOTIABANK COLPATRIA	0	$569,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$294,400	$0	$0	$294,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$294,400	$0	$0	$294,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$44,900	$0	$0	$44,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$44,900	$0	$0	$44,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$230,000	$0	$0	$230,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$230,000	$0	$0	$230,000
TOTAL				1	$569,300	$0	$0	$569,300

	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					**6/4/2025**			
NOMBRES Y APELLIDOS					**IDENTIFICACIÓN:**			
Angela Maria Ramos Tello					**Tipo:**	**C.C.**	**No.**	**38,642,920**
CONTRATO	**No.**	CO1.PCCNTR. 7399590	**AÑO**	2025	**FECHA VENCIMIENTO DEL CONTRATO**	11	11	2025
OBJETO CONTRACTUAL:	Instructor - Contratar servicios profesionales de carácter temporal para apoyar la ejecución de las acciones de formación profesional integral que se desarrollan en el marco del programa bilingüismo, para atender la oferta de formación regular garantizando la calidad y la pertinencia de la formación para aumentar la competitividad y calidad en el mercado laboral de conformidad con las políticas del centro nacional de asistencia técnica a la industria – Astin para la vigencia 2025.							
DIRECCIÓN GENERAL/ REGIONAL	Valle_del_Cauca				**DEPENDENCIA/ CENTRO**	**Centro Nacional de Asistencia Técnica a la Industria - ASTIN**		
NOMBRE DEL ORDENADOR DEL GASTO (de la Movilización)	CAROLINE PEREA CABAL				**CARGO**	SUBDIRECTOR DE CENTRO ASTIN - G02		
NOMBRE DEL SUPERVISOR(A) DEL CONTRATO	Diego Fernando García Silva				**CARGO**	Cargo del supervisor Profesional Grado 08		

INFORMACIÓN DEL DESPLAZAMIENTO								
RUTA	**Cali-Buenaventura-Cali**							
DIRECCIÓN GENERAL/ REGIONAL					**DEPENDENCIA/ CENTRO**			
CIUDAD/DEPARTAMENTO O MUNICIPIO/DEPARTAMENTO O CIUDAD/PAIS	Valle_del_Cauca			**ENTIDAD O EMPRESA:**	FUNDACIÓN TEJIENDO TALENTO		**CONTACTO**	Alexis Riascos
FECHA INICIO DEL DESPLAZAMIENTO	11	6	25	**FECHA FIN DESPLAZAMIENTO**		11	6	25
OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO	Impartir formación profesional integral a la FICHA: 3189531 del programa técnico monitoreo ambiental							

OBLIGACIONES DEL CONTRATO	
3	Ejecutar la formación profesional integral de acuerdo con el diseño y el desarrollo curricular del programa de formación a orientar, conforme a la programación establecida de conformidad con el objeto del contrato.

AGENDA

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

Día 1 : 11/06/25
Desplazamientos ruta de ida: Cali-Buenaventura
Medio de transporte: terrestre.
Actividades a ejecutar: Impartir formación profesional integral a la FICHA: 3189531 del programa técnico monitoreo ambiental (aclarar dudas del proceso de formación con la comunidad)
Desplazamientos Internos: N/A
Observaciones: Ninguna

Observaciones:
Ninguna

FIRMAS

FIRMA ORDENADOR DE GASTO:	**FIRMA SUPERVISOR DEL CONTRATO :**	**FIRMA DEL CONTRATISTA:**
Nombres y Apellidos: **CAROLINE PEREA CABAL**	**Nombres y Apellidos:** **Diego Fernando García Silva**	Angela Maria Ramos
Cargo: **SUBDIRECTOR DE CENTRO ASTIN - G02**	**Cargo:** **Cargo del supervisor Profesional Grado 08**	**Nombres y Apellidos:** **Angela Maria Ramos Tello**

Proceso GESTIÓN DE TALENTO HUMANO **Formato AGENDA DESPLAZAMIENTO CONTRATISTA**			Versión: 04 Código: GTH-F-090
INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO			
NO IMPRIMIR			
1. Generalidades			
El objetivo del formato es registrar las actividades de los contratistas que se desplazan fuera de la sede habitual de trabajo, autorizado por el SENA a desarrollar actividades que se relacionan con el objeto del contrato.			
2. Instrucciones para diligenciar las casillas			
NOMBRE DE LA CASILLA		**INSTRUCCIONES**	**TENER EN CUENTA**
DATOS DEL CONTRATISTA QUE SE DESPLAZA	**FECHA DE ELABORACIÓN DE AGENDA**	Escriba el día, mes y año en que se elabora el documento.	N/A
	NOMBRES Y APELLIDOS	Escriba tal como aparece en el Contrato de Prestación de Servicios vigente el nombre(s) y apellidos del contratista que se	N/A
	IDENTIFICACIÓN:	Escriba el tipo y número de identificación del contratista que se desplaza.	N/A
	CONTRATO	Escriba el número asignado al Contrato Prestación de Servicios firmado con el SENA, el año y la fecha de vencimiento del	N/A
	OBJETO CONTRACTUAL:	Escriba el objeto tal como aparece en la **CLÁUSULA PRIMERA** del Contrato de prestación de servicios firmado con el SENA.	N/A
	DIRECCIÓN GENERAL/ REGIONAL	Seleccione de la lista desplegable: Dirección General o Dirección Regional que se relaciona en el **numeral 2** de las **CONSIDERACIONES** del contrato de prestación de servicios.	N/A
	DEPENDENCIA/ CENTRO	Seleccione de la lista desplegable: Dirección de Área, Oficina o Centro de Formación que se relaciona en el **numeral 2** de las **CONSIDERACIONES** del contrato de prestación de servicios.	N/A
	NOMBRE DEL ORDENADOR DEL GASTO (de la Movilización)	Escriba el nombre y el cargo del ordenador del gasto de acuerdo con lo descrito en el **numeral 6** de las **CONSIDERACIONES** del contrato de prestación de servicios	N/A
	SUPERVISOR	Escriba el nombre y el cargo del supervisor relacionado en la **CLÁUSULA SÉPTIMA** del contrato de prestación de servicios.	N/A
ORMACIÓN DEL DESPLAZAMIENTO	**RUTA**	Diligencie este campo describiendo las ciudades o municipios a los que se desplazará iniciando con la ciudad de origen ejemplo: Bogotá - Cartagena- Medellín - Fusa - Bogotá	N/A
	DIRECCIÓN GENERAL/ REGIONAL	Diligencia este campo **SOLO** cuando el desplazamiento del contratista es a una dependencia del SENA. Seleccione de la lista desplegable: Dirección General o Dirección Regional	N/A
	DEPENDENCIA/ CENTRO	Diligencia este campo **SOLO** cuando el desplazamiento del contratista es a una dependencia del SENA. Seleccione de la lista desplegable: Dirección de Área, Oficina o Centro de Formación.	N/A
	CIUDAD/DEPARTAMENTO O CIUDAD/PAIS:	Diligencie este campo **SOLO** cuando corresponda a un desplazamiento nacional diferente a Regional o Centro de Formación o cuando corresponda a un desplazamiento internacional. Escriba ciudad y departamento o país a la cual se	N/A
	ENTIDAD O EMPRESA:	Escriba el nombre completo de la organización en donde se cumplirá el objeto de su desplazamiento y el nombre del contacto.	N/A
	CONTACTO	Escriba el nombre de la persona que sirve de contacto de la organización en donde se cumplirá el objeto de la comisión.	N/A
	FECHA INICIO DEL DESPLAZAMIENTO	Escriba el día, mes y año en que inicia el desplazamiento.	N/A
	FECHA FIN DESPLAZAMIENTO	Escriba el día, mes y año en que finaliza el desplazamiento.	N/A
	OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO	En este campo se describe el objeto del desplazamiento, el cual debe ser directamente relacionado con su objeto y obligaciones contractuales (CLÁUSULAS PRIMERA Y CUARTA, PARAGRAFO TERCERO del contrato de prestación de servicios).	N/A
	OBLIGACIONES DEL CONTRATO	Escriba la(s) obligación(es) de su contrato de prestación de servicios que se relaciona(n) con el objetivo del desplazamiento.	N/A

INFO			
	AGENDA	Relacione las actividades concertadas previamente con el supervisor de su contrato y con las cuales se cumplirá el objeto del desplazamiento. (Incluya filas si lo considera necesario) y la fecha en la que se desarrollarán.	N/A
	ACTIVIDADES	Especificar la hora prevista para desarrollar las actividades que justifican el desplazamiento del contratista, detallando el lugar (dependencia del SENA o institución visitada) donde se llevarán a cabo las actividades.	N/A
	OBSERVACIONES	Relacione los gastos de transporte que se generarán en el desarrollo de la comisión, de acuerdo con la Circular de Escala de viáticos para contratistas que se encuentre vigente al momento de solicitar la comisión.	N/A
	Autoriza la Comisión (Nombre y Cargo)	Firma, Nombre(s) y apellido(s) y cargo del ordenador del gasto	N/A
	Supervisor (Nombre y Cargo)	Firma, Nombre(s) y apellido(s) completos del supervisor	N/A
	Comisionado (Nombre)	Firma, Nombre(s) y apellido(s) completos del contratista	N/A

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

Usuario que Genera Reporte: MHhcastro HELEN DANELLY CASTRO

Unidad ó Subunidad que Genera Reporte: 36-02-00-076- CENTRO NACIONAL DE AS

Fecha y Hora Generación Reporte: 2025-06-06-2:50 p. m.

Comisión Servicio al Interior del País - Tramite - Inicial								
Solicitud de Comisión No.	26725	**Fecha Solicitud**	2025-06-06	**Estado de la Comisión**	Verificada	**Unidad Ejecutora o Subunidad** - 36-02-00-076-923010 CENTRO NACIONAL DE ASISTEN INDUSTRIA - ASTIN-VALLE		
Tipo de Comisión	Servicio	**Fecha Aut./ Rech.**		**Genera Viáticos**	SI	**Genera gastos de viaje**	Si	**Requiere Pasajes Aéreos**
Transporte por Vía	Terrestre	**Área u Oficina**	INSTRUCTOR			**Tipo de trámite**	Inicial	**Comisión Inicial**
CDP de viáticos								
Consecutivo CDP	3425	**Dependencia Solicitante**				923085 CENTRO NAL DE ASISTENC TECNICA A LA INDUSTRIA -ASTIN-VALLE - SERV PR ECONOMIA POPULAR		
Rubro Presupuestal de Viaticos		C-3603-1300-20-20305C-3603025-02 - ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL - FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE		**Rubro Presupuestal de Gastos de Viaje**		C-3603-1300-20-20305C-3603025-02 - ADQUIS. DE BYS - SE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL - FORTALECIMIENT		

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
ANGELA MARIA RAMOS TELLO	CC: 38642920	INSTRUCTOR CONTRATISTA	Verificada	2025-06-11	2025-06-11	VALLE / CALI	VALLE / BUENAVENTURA	0.5	No	50	0.5	4,599,511.00	266,535.00	133,268.00	129,622.00	262,890.00	VIATICOS FORI BUENAVENTUF profesional inte del programa té
											Totales Solicitud de Comisión			**133,268.00**	**129,622.00**	**262,890.00**	

OBJETO DE LA COMISIÓN

VIATICOS FORMACION 11 JUNIO BUENAVENTURA Impartir formación profesional integral a la FICHA 3189531 del programa técnico monitoreo ambiental TI 80.000

ORDENADOR DEL GASTO

Identificacion:	66726036	Nombre:	CAROLINE PEREA CABAL	Cargo:	SUBDIRECTOR CENTRO NACION TECNICA A LA INDUSTRIA - ASTI

VISTO BUENO JEFE INMEDIATO

Nombre:	CAROLINE PEREA CABAL	Cargo:	SUBDIRECTORA CENTRO ASTIN

Firma Responsable

Verificado Por:	HELEN DANELLY CASTRO LOBON	Fecha Verificación:	06/06/2025 14:42:28

FIRMA_SIIF

FIRMA_USUA

LOBON
SISTENCIA

CIA TECNICA A LA
NO
EST A LA FORM -
RVICIO DE TO DE LA

Comisión por Tercero
MACION 11 JUNIO RA Impartir formación gral a la FICHA 3189531 cnico monitoreo

NAL DE ASISTENCIA N VALLE

FIRMA_SIIF

FIRMA_USUA

Reporte Compromiso Presupuestal de Gasto Comprobante

Usuario Solicitante:	MHmviafara	MARITZA VIAFARA PAYAN
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	36-02-00-076-923010	CENTRO NACIONAL DE ASISTENCIA TECNICA A LA INDUSTRIA - ASTIN-VALLE
Fecha y Hora Sistema:	2025-06-06-4:41 p. m.	

REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO

Con base en el CDP No: 3425 de fecha 2025-01-09. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle

Número:	63425	**Fecha Registro:**	2025-06-06	**Unidad / Subunidad Ejecutora:**		36-02-00-076-923010 CENTRO NACIONAL DE ASISTENCIA TECNICA A LA INDUSTRIA - ASTIN-VALLE			
Vigencia Presupuestal	Actual	**Estado:**	Generado			**Tipo de Moneda:**	COP-Pesos	**Tasa de Cambio:**	0,00
Valor Inicial:	262.890,00	**Valor Total Operaciones:**	0,00			**Valor Actual:**	262.890,00	**Saldo x Obligar:**	262.890,00

TERCERO ORIGINAL

Identificación: Cédula de Ciudadanía	38642920	**Razón Social:**	ANGELA MARIA RAMOS TELLO	**Medio de Pago:**	Abono en cuenta

CUENTA BANCARIA

Número:	5862023303	**Banco:**	SCOTIABANK COLPATRIA SA	**Tipo:**	Ahorro	**Estado:**	Activa

ORDENADOR DEL GASTO

Identificación:	66726036	**Nombre:**	CAROLINE PEREA CABAL	**Cargo:**	SUBDIRECTOR CENTRO NACIONAL DE ASISTENCIA TECNICA A LA INDUSTRIA - ASTIN - VALLE

CAJA MENOR				**VIÁTICOS**				**DOCUMENTO SOPORTE**					
Identificación:		**Fecha de Registro:**		**Genera Viáticos:**	Si	**Num. Solicitud de Comisión:**	**26725**	**Número:**	OV 26725	**Tipo:**	SOLICITUD	**Fecha:**	2025-06-06

ÍTEM PARA AFECTACIÓN DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICIÓN CATÁLOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO	SITUAC.	FECHA OPERACIÓN	VALOR INICIAL	VALOR OPERACIÓN	VALOR ACTUAL	SALDO X OBLIGAR
923085 CENTRO NAL DE ASISTENC TECNICA A LA	C-3603-1300-20-20305C-3603025-02 ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE	Nación	10	CSF		262.890,00	0,00		
					Total:	262.890,00	0,00	262.890,00	262.890,00

Objeto:	VIATICOS FORMACION: 11 DE JUNIO DE 2025. BUENAVENTURA. IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL A LA FICHA 3189531 DEL PROGRAMA TÉCNICO MONITOREO AMBIENTAL TI 80.000

PLAN DE PAGOS

DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC		POSICION DEL CATALOGO DE PAC		FECHA	VALOR A PAGAR	SALDO POR OBLIGAR	LINEA DE PAGO
36-02-00-076-923010	CENTRO NACIONAL DE ASISTENCIA TECNICA A LA INDUSTRIA - ASTIN-VALLE	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2025-06-11	262.890,00	262.890,00	NINGUNO



Firmado digitalmente por CESAR AUGUSTO PINILLA GARZON

CESAR AUGUSTO PINILLA GARZON

COORDINADOR GRUPO DE APOYO ADMINISTRATIVO MIXTO

	Versión: 02
	Código: GRF-F-076

GASTOS DE DESPLAZAMIENTO

COMPROBANTE LEGALIZACION GASTOS TRANSPORTE INFORMAL - CONTRATISTAS

CIUDAD / MUNICIPIO - FECHA:	**CALI - 18/06/2025**	**Código Regional :**	**76**
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Angela maria Ramos Tello	**Código Centro:**	**9230**
No. DOCUMENTO IDENTIDAD:	38,642,920	**Fecha de elaboración:**	6/19/2025

En desarrollo de la comisión No. 26725 durante el día 18 del mes de junio de 2025 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
6/18/2025	CALI - BUENAVENTURA	TERRESTRE	40,000
6/18/2025	BUENAVENTURA-CALI	TERRESTRE	40,000
	RAZON POR LA CUAL, SE AUTORIZA EL GASTO INCURRIDO CUYO VALOR PAGADO EQUIVALE A:		80,000

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:	Angela Maria Ramos Tello	**Nombre completo:**	Diego Fernando García Silva	**Nombre completo:**	Caroline Perea Cabal
Numero de Contrato:	CO1.PCCNTR.7399590	**Cargo:**	Profesional Grado 08	**Cargo:**	SUBDIRECTOR CENTRO ASTIN
Firma:	Angela Maria Ramos	**Firma:**		**Firma:**	

FORMATO INFORME LEGALIZACION DESPLAZAMIENTO - CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA (En la que se presenta el informe)
Cali, 19 de junio de 2025

PRESENTADO A: (Nombre del ordenador del gasto y cargo)
Caroline Perea Cabal subdirector de centro G02, del centro ASTIN

ORDEN DE VIAJE No:	**FECHA DE INICIO:**	**FECHA DE FINALIZACION:**
26725	18 de junio de 2025	18 de junio de 2025
LUGAR A DONDE REALIZÓ EL DESPLAZAMIENTO	**REGIONAL / CENTRO DE FORMACION**	**OTRA: (ciudad)**
		Buenaventura, Grupo FUNDACIÓN TEJIENDO TALENTO

OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO:
Impartir formación profesional integral a la FICHA: 3189531 del programa técnico monitoreo ambiental

ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

1. Desplazamiento a Buenaventura

Hora: 5:15 am a 8:15 am
Medio de transporte: Terrestre

2. Orientar formación al grupo

Actividades ejecutadas: Orientar formación profesional integral a la FICHA: 3189531 del programa técnico monitoreo ambiental

- Registro de asistencia digital
- Orientación sobre las actividades a desarrollar
- Evaluación del primer resultado de aprendizaje. Evidencia: Presentación Personal
- Retroalimentación sobre temas ya vistos y asignación de tarea
- Cierre del proceso

3. Desplazamiento de regreso a Cali

Hora: 3:00 am a 7:00 pm
Medio de transporte: Terrestre

RESULTADOS:

1. Se evaluó el primer resultado de aprendizaje correspondiente a la presentación personal
2. Se aclararon dudas sobre los temas ya vistos

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

1. Registro de asistencia
2. Registro fotográfico

COMPROMISOS		
ACTIVIDAD	**RESPONSABLE**	**FECHA**

1.		
2.		

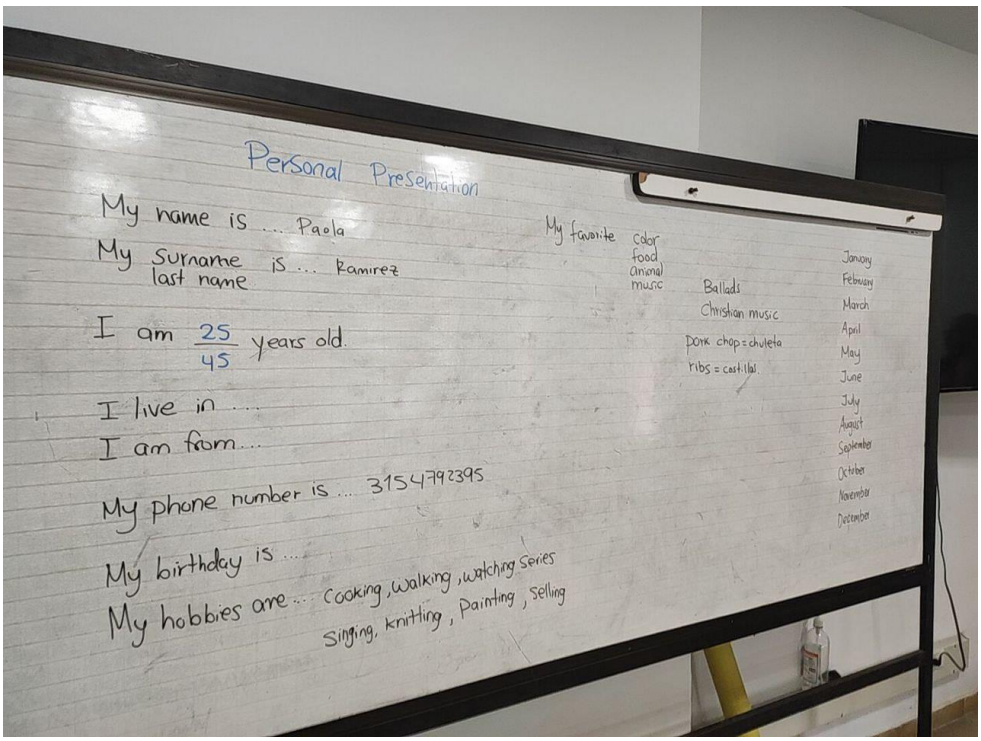
CONCLUSIONES:

1. Se orienta formación profesional integral a la Ficha 3189531 del programa técnico monitoreo ambiental, procedentes de la fundación tejiendo talentos, de manera satisfactoria
2. El ambiente de formación y recursos suministrados para llevar a cabo la sesión fueron pertinentes.

DATOS DEL CONTRATISTA	
NOMBRE Y APELLIDO	**FIRMA**
Angela Maria Ramos Tello	Angela Maria Ramos

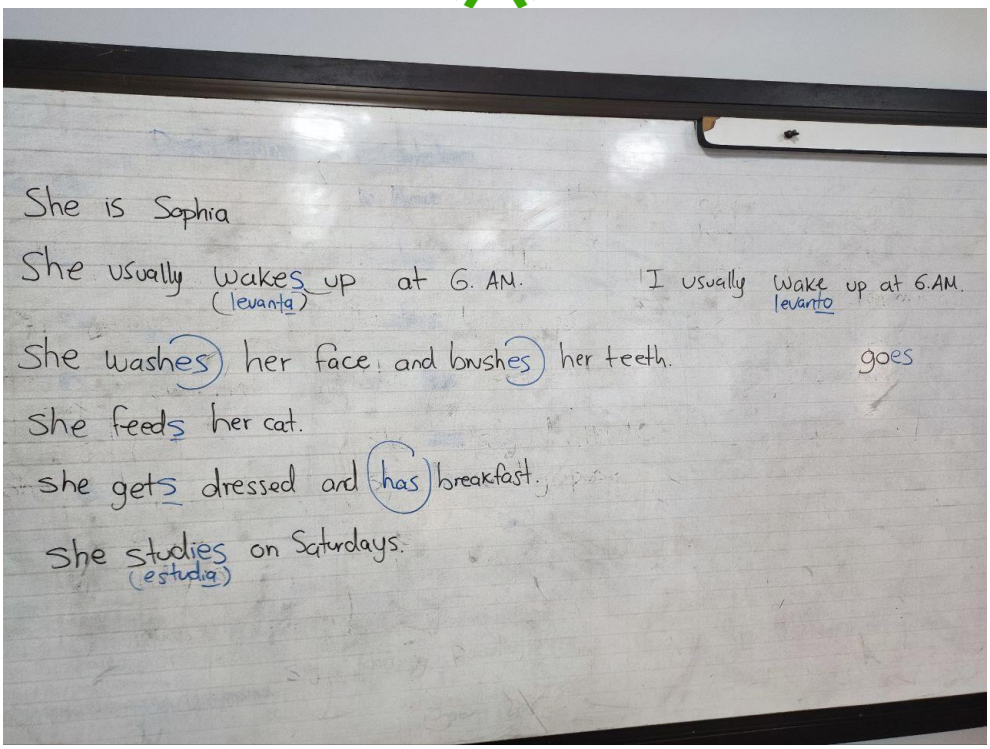
VISTO BUENO SUPERVISOR		
CARGO DEL SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO SUPERVISOR**	**FIRMA**
Profesional Grado 08	Diego Fernando García Silva	

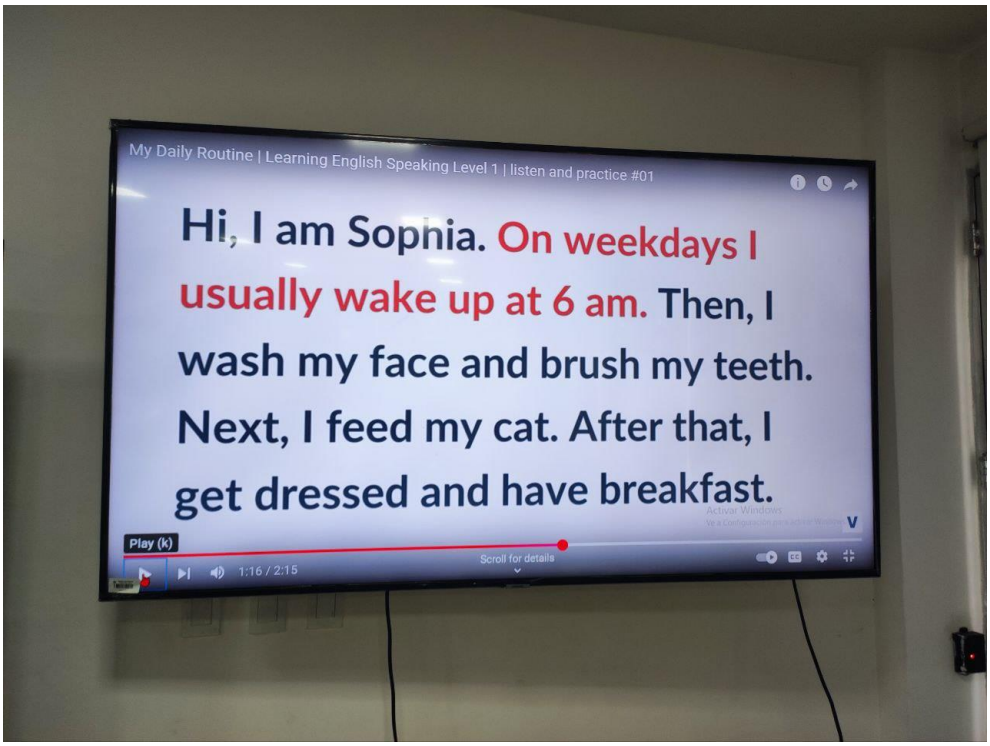
EVIDENCIAS






LUCES DE NAVEGACION


She is Sophia
She usually wakes up (levanta) at 6. AM.
I usually wake up (levanto) at 6.AM.
She washes her face, and brushes her teeth.
goes
She feeds her cat.
she gets dressed and has breakfast.
She studies (estudia) on Saturdays.


My Daily Routine | Learning English Speaking Level 1 | listen and practice #01
Hi, I am Sophia. On weekdays I usually wake up at 6 am. Then, I wash my face and brush my teeth. Next, I feed my cat. After that, I get dressed and have breakfast.
Play (k)
1:16 / 2:15
Scroll for details

SENA REGIONAL VALLE	Centro Nacional de Asistencia Técnica a la Industria – ASTIN **LISTA DE CHEQUEO - PROCESO Y/O PRODUCTO**	Código: 9230-FP-F-216 Versión: 3

1. IDENTIFICACIÓN DEL INSTRUMENTO:

Programa de Formación: TÉCNICO MONITOREO AMBIENTAL *Programas de formación de nivel técnico con la competencia "Interactuar en Lengua Inglesa de Forma Oral y Escrita Dentro de Contextos Sociales y Laborales Según los Criterios Establecidos por el Marco Común Europeo de Referencia Para las Lenguas"*								*Ficha de caracterización:* 3189531
Resultado(s) de aprendizaje correspondiente: Comprender información básica oral y escrita en inglés acerca de sí mismo, de las personas y de su contexto inmediato en realidades presentes e historias de vida.								*Código de la guía:*
Evidencia para evaluar: *Evidencia de desempeño: Presentación personal*								
Nombre/s del Instructor/es: Angela Ramos								
Duración de la evaluación:	2 horas	*Tipo de evidencia (marcar con una x):*	*Producto:*		*Desempeño:*		*Ambos:*	X

2. PRESENTACIÓN E INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO:

Señor/a Instructor/a:

- Observe en detalle el proceso y/o valore el producto y evalúe con objetividad.
- Comparta, con el Aprendiz, los resultados obtenidos y acuerde, si es necesario, un nuevo momento de evaluación.
- Firme el instrumento, verifique la firma del Aprendiz y registre la fecha de la evaluación.

3. CUERPO DEL INSTRUMENTO:

Criterios de Evaluación	Indicadores	APRENDICES																								
		Vivian Bravo	Lauren Gallego	Gladys M. Escobar J.	Patricia Hernández	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Joan [illegible]																
		EVALUACIÓN (S o √: Si cumple. N o X: No cumple)																								
Describe de manera sencilla y clara asuntos, acciones, experiencias,	Utiliza el presente simple para expresar de manera oral acciones y sentimientos con temas de su interés y cotidianidad.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓																

PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

FORMATO INFORME LEGALIZACION DESPLAZAMIENTO – CONTRATISTA

Generalidades

1. El objeto del formato es completar el trámite de comisión realizado por los contratistas, con este, el contratista justifica la realización de la comisión, así como las actividades realizadas en su desarrollo.
2. El formato es diligenciado por los contratistas posterior a la realización de la comisión.
3. Debe ser diligenciado por cada comisión realizada por el contratista.
4. El trámite que surte el formato una vez diligenciado es la legalización de la comisión.
5. No requiere imprimirse.
6. El documento debe reposar dentro de los aplicativos de la administración de documentos del SENA
7. Control de Cambios

VERSION	FECHA DE ENTRADA EN VIGENTE	NATURALEZA DEL CAMBIO
V02	Agosto	Se realizan modificaciones de imagen institucional y generalidades