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 ANTIOQUIA**

**CENTRO DE LA INNOVACIÓN, LA AGROINDUSTRIA Y EL TURISMO - ANTIOQUIA**

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

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **5** |
| **Código Centro** | **950310** |
| **Fecha Elaboración** | **18 de Octubre de 2025** |
| **Versión** | **ENERO - 2.25** |
| **ID de Proceso** | **95205-630294** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | SUSANA JARAMILLO RIVAS | **Banco a consignar:** | BANCOLOMBIA |
| **Cédula de Ciudadanía** | 1.036.938.414 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | susana.jara0411@gmail.com | **Número de Cuenta:** | 02311273399 |
| **IP/Nº de contacto:** | | **Presta Servicios Excluidos de IVA:** | NO |
| **Inducción SST:** | SI | **Pertenece al régimen simple de tributación:** | NO |
| **Régimen del IVA:** | NO RESPONSABLE | **Es declarante de renta por el año gravable 2024** | SI |

| | |
|---|---|
| **¿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** | SI |
| **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?** | SI |
| **Concepto del pago corresponde a:** | Honorarios profesionales a persona declarante de renta |
| **TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.** | 11,00% |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nº del contrato:** | 8102702/2025 | **Nº Compromiso SIIF** | **456025** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | 6 |

| | |
|---|---|
| **OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado) | INSTRUCTOR: CTO.8102702 5_9503_229 PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES Y/O DE APOYO DE CARÁCTER TEMPORAL A LA GESTIÓN, EN LA PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DE LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, ASÍ COMO LA EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DE APRENDIZAJE DEFINIDOS |

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Del** | **01/10/2025** | **Al** | **31/10/2025** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 9.965.607 |
| **Número de pago** | **4** | | | **Valor Total del Contrato:** | $ 20.851.117 |
| **Valor Bruto Pago:** | | | **$ 4.599.511,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 5.366.096 |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 4.599.511 | Honorarios profesionales a persona declarante de re | 0,00% |
| Ingresos por comisiones | $ 0 | Retencion en la Fuente del Periodo | $ 505.946 |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 4.599.511 | | |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 9.199.022** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 505.946 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 6.045.422** | **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** | | ---------- | **1075804045** |
| **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 | | $ 294.400 | |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ 230.000 | |
| Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ 44.900 | |
| 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% | $ 19.670.605 | $ 2.015.000 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | $ 4.668.000 | | |
| Retención en la Fuente Contingente | | $ | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 4.599.511,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 4.599.511,00 | |
| Valor base IVA | 0,00 | |
| IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Menos Retención en la Fuente | 0,21 | 0,00% |
| Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| Reteica - 8560 - RIONEGRO | 36.796,00 | 0,800% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| Jaime Isaza Cadavid | 18.398,00 | 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** | **$4.544.317,00** | |

**SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS DIECISIETE PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

5_9503_229 PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES Y/O DE APOYO DE CARÁCTER TEMPORAL A LA GESTIÓN, EN LA PLANEACIÓN Y EJECUCION DE LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, ASÍ COMO LA EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DE APRENDIZAJE DEFINIDOS EN LOS DISEÑOS CURRICULARES PARA EL PROGRAMA DE ARTICULACIÓN CON LA EDUCACIÓN MEDIA, Y ASIGNADOS DESDE LA SUBDIRECCIÓN DE CENTRO Y LA COORDINACIÓN ACADÉMICA.

**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

**SUSANA JARAMILLO RIVAS**
**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,

**ISIS MARIA CATALINA JARAMILLO LOZANO**
**TECNICO G03**

**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**
**ERIKA MARIA PINEDA HOYOS**
**SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)**

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2025-10-06, 01:50:08 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1075804045

**Periodo Cotización:** octubre de 2025 **Periodo Servicio:** octubre de 2025

**PAGADO 06/10/2025**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | SUSANA JARAMILLO RIVAS | | |
| **Documento** | CC1036938414 | **Dirección** | CL 20 #22 - 05 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3207282287 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | LA CEJA | **Departamento** | ANTIOQUIA |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | ARL SURA |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días APP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 1036938414 | SUSANA JARAMILLO RIVAS | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (230301) PORVENIR | $ 1.839.804 | $ 294.400 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.839.804 | $ 230.000 | 1,044 | $ 1.839.804 | $ 19.300 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 543.700 |

## III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 1.839.804 | $ 1.839.804 | $ 1.839.804 | $ 0 | $ 294.400 | $ 230.000 | $ 19.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 543.700 | $ 0 | $ 543.700 |



**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!

**Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.**

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

| | | |
|---|---|---|
| Usuario que Genera Reporte: | MHepineda | ERIKA MARIA PINEDA HOYOS |
| Unidad ó Subunidad que Genera Reporte: | 36-02-00-005-950310 | CENTRO DE LA INNOVACION LA AGROINDUSTRIA Y EL TURISMO-ANTIOQUIA |
| Fecha y Hora Generación Reporte: | 2025-09-11-9:30 a. m. | |

## Comisión Servicio al Interior del País - Tramite - Inicial

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Solicitud de Comisión No.** | 547025 | **Fecha Solicitud** | 2025-09-11 | **Estado de la Comisión** | Autorizada | **Unidad Ejecutora o Subunidad - 36-02-00-005-950310 CENTRO DE LA INNOVACION LA AGROINDUSTRIA Y EL TURISMO-ANTIOQUIA** | | |
| **Tipo de Comisión** | Servicio | **Fecha Aut./ Rech.** | 2025-09-11 | **Genera Viáticos** | NO | **Genera gastos de viaje** | Si | **Requiere Pasajes Aéreos** NO |
| **Transporte por Vía** | Terrestre | **Área u Oficina** | MEDIA TECNICA | | | **Tipo de trámite** | Inicial | **Comisión Inicial** |

## CDP de viáticos

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Consecutivo CDP** | 925 | **Dependencia Solicitante** | 950311 INTEGRACION CON LA MEDIA- CENTRO DE LA INNOVACION AGROINDUSTRIA Y EL TURISMO |
| **Rubro Presupuestal de Viaticos** | - | **Rubro Presupuestal de Gastos de Viaje** | C-3603-1300-20-20305C-3603025-02 - ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL - FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE SABERES PREVIOS CON ÉNFASIS EN POBLACIONES CAMPESINAS Y POPULARES EN COLOMBIA NACIONAL |

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SUSANA JARAMILLO RIVAS | CC: 1036938414 | CONTRATISTA - INSTRUCTOR | Autorizada | 2025-09-17 | 2025-09-17 | ANTIOQUIA / RIONEGRO | ANTIOQUIA / SONSON | 0 | No | 0 | 0 | 4.599.511,00 | 0,00 | 0,00 | 94.398,00 | 94.398,00 | VIATICOS DEL 17 DE SEPTIEMBRE PARA IMPARTIR FORMACION EN EL PROGRAMA DE ARTICULACIÓN SENA |
| | | | | | | | | | | | **Totales Solicitud de Comisión** | | | **0,00** | **94.398,00** | **94.398,00** | |

## OBJETO DE LA COMISIÓN

VIATICOS DEL 17 DE SEPTIEMBRE PARA IMPARTIR FORMACION EN EL PROGRAMA DE ARTICULACIÓN SENA

## ORDENADOR DEL GASTO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Identificacion: | 39450318 | Nombre: | ERIKA MARIA PINEDA HOYOS | Cargo: | SUBDIRECTOR CENTRO DE LA INNOVACION, LA AGROINDUSTRIA Y EL TURISMO - ANTIOQUIA |

Firma Responsable

| | | | |
|---|---|---|---|
| Verificado Por: | DIANA PATRICIA ORREGO RESTREPO | Fecha Verificación: | 11/09/2025 8:34:42 |

| | |
|---|---|
| | Versión: 05 |
| | Código: GTH-F-090 |

**PROCESO**

**GESTIÓN DE TALENTO HUMANO**

**NOMBRE DEL FORMATO**

**FORMATO AGENDA DESPLAZAMIENTO CONTRATISTA**

**CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Pública** | x | **Pública Clasificada** | | **Pública Reservada** | |

**DATOS DEL CONTRATISTA QUE SE DESPLAZA**

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **FECHA DE ELABORACIÓN DE AGENDA** | | | | | 5/8/2025 | | | |
| **NOMBRES Y APELLIDOS** | | | | | **IDENTIFICACIÓN:** | | | |
| **SUSANA JARAMILLO RIVAS** | | | | | **Tipo:** | **C.C.** | **No.** | **1036938414** |
| **CONTRATO** | **No.** | **8102702** | **AÑO** | 2025 | **FECHA VENCIMIENTO DEL CONTRATO** | 5 | 12 | 2025 |
| **OBJETO CONTRACTUAL:** | 5_9503_181 PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES Y/O DE APOYO DE CARÁCTER TEMPORAL A LA GESTIÓN, EN LA PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DE LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, ASÍ COMO LA EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DE APRENDIZAJE DEFINIDOS EN LOS DISEÑOS CURRICULARES PARA EL PROGRAMA DE ARTICULACIÓN CON LA EDUCACIÓN MEDIA, Y ASIGNADOS DESDE LA SUBDIRECCIÓN DE CENTRO Y LA COORDINACIÓN ACADÉMICA. 4 | | | | | | | |
| **DIRECCIÓN GENERAL/ REGIONAL** | Antioquia | | | | **DEPENDENCIA/ CENTRO** | **Centro de la Innovación, la Agroindustria y el Turismo** | | |
| **NOMBRE DEL ORDENADOR DEL GASTO (de la Movilización)** | **Erika Maria Pineda Hoyos** | | | | **CARGO** | **SUBDIRECTORA ( E )** | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR(A) DEL CONTRATO** | **Isis Catalina Jaramillo Lozano** | | | | **CARGO** | **Coordinadora de formación profesional integral FPI-misional** | | |

**INFORMACIÓN DEL DESPLAZAMIENTO**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **RUTA** | **RIONEGRO-SONSON-RIONEGRO** | | | | | | |
| **DIRECCIÓN GENERAL/ REGIONAL** | Antioquia | | | **DEPENDENCIA/ CENTRO** | **Centro de la Innovación, la Agroindustria y el Turismo** | | |
| **CIUDAD/DEPARTAMENTO O MUNICIPIO/DEPARTAMENTO O CIUDAD/PAIS** | Antioquia | | | **ENTIDAD O EMPRESA:** | I.E Tecnico agropecuaria y en salud de Sonson | **CONTACTO** | 3116249534 |
| **FECHA INICIO DEL DESPLAZAMIENTO** | **17** | **9** | **25** | **FECHA FIN DESPLAZAMIENTO** | **17** | **9** | **2025** |
| **OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO** | IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN EL PROGRAMA ARTICULACIÓN CON LA MEDIA | | | | | | |

**OBLIGACIONES DEL CONTRATO**

| | |
|---|---|
| 1 | 1. Desarrollar sus actividades de acuerdo con la programación establecida en los procesos formativos del centro de formación, en las fechas y lugares previamente planeados, utilizando métodos y recursos pedagógicos acordes con las normativas y estándares del SENA. |
| 2 | 2. Impartir formación profesional de manera integral de conformidad con los programas de formación definidos, orientando el desarrollo de las actividades de aprendizaje, guiando, asesorando y acompañando permanentemente a los aprendices en la ejecución de ellas. |

**AGENDA**

**Actividades a ejecutar: Impartir formación profesional integral ASEM - Numero de Ficha: 3190084**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Dia Inicio** | **17** | **9** | **25** | |
| **Desplazamiento ruta de ida:** | | | | **RIONEGRO-SONSON** |
| **Medio de transporte: aéreo, terrestre, fluvial:** | | | | **terrestre** |

**Actividades a ejecutar: Impartir formación profesional integral ASEM - Numero de Ficha: 3190084**

| | | |
|---|---|---|
| **17** | **HORA: 12:00: PM** | Desplazamiento Rionegro - Sonson |
| | **HORA: 2:00 PM** | Impartir formación en la IE Tecnico agropecuaria y en salud de Sonson |
| | **HORA: 6:00 PM** | Impartir formación en la IE Tecnico agropecuaria y en salud de Sonson |
| | **HORA: AM/PM** | |
| | | |

| | |
|---|---|
| **Desplazamiento ruta de regreso:** | **SONSON-RIONEGRO** |
| **Medio de transporte: aéreo, terrestre, fluvial:** | **terrestre** |

**Observaciones:**

| | | |
|---|---|---|
| **Se liquidan gastos de transporte entre terminales aéreas por valor de** | | |
| **Se liquidan gastos de transporte entre terminales terrestre por valor de** | **$** | **94,398** |
| **Se liquidan gastos de transporte intermunicipal por valor de** | **$** | |

| | | |
|---|---|---|
| **FIRMA ORDENADOR DE GASTO:** | **FIRMA SUPERVISOR DEL CONTRATO :** | **FIRMA DEL CONTRATISTA:** |
| **Nombres y Apellidos:** **Erika Ma Pineda Hoyos** | **Nombres y Apellidos:** **Isis Catalina Jaramillo** | |
| **Cargo:** **Subdirector de centro ( E )** | **Cargo:** **Coordinadora FPI- misional** | **Nombres y Apellidos:** **Susana Jaramillo Rivas** |

| | |
|---|---|
| | Versión: 02 |
| | Código: GRF-F-076 |

## GASTOS DE DESPLAZAMIENTO

## COMPROBANTE LEGALIZACIONGASTOS TRANSPORTE INFORMAL - CONTRATISTAS

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CIUDAD / MUNICIPIO - FECHA:** | **Rionegro, 29/08/2025** | **Código Regional:** | **5** |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | Susana Jaramillo Rivas | **CódigoCentro:** | **9503** |
| **No. DOCUMENTO IDENTIDAD:** | 1.036.938.414 | **Fecha de elaboración:** | 24/02/25 |

En desarrollo de la comisión No. **547025** durante los días 17 del mes de Septiembre 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 |
|---|---|---|---|
| 17/09/25 | Rionegro - Sonson | SERVICIO PÚBLICO | $ 47.199 |
| | Sonson - Rionegro | SERVICIO PÚBLICO | $ 47.199 |
| | | | |
| | | | |
| | | **RAZON POR LA CUAL, SE AUTORIZA EL GASTO INCURRIDO CUYO VALOR PAGADO EQUIVALE A:** | **$ 94.398** |

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:** | Susana Jaramillo Rivas | **Nombre completo:** | Isis Catalina Jaramillo | **Nombre completo:** | Erika Maria Pineda |
| **Numerode Contrato:** | 8102702 | **Cargo:** | Coordinadora de formación profesional integral FPI-Misional | **Cargo:** | Subdirectora(e) |
| **Firma:** | Susana Jaramillo R. | **Firma:** | | **Firma:** | |

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

| | | |
|---|---|---|
| Usuario que Genera Reporte: | MHepineda | ERIKA MARIA PINEDA HOYOS |
| Unidad ó Subunidad que Genera Reporte: | 36-02-00-005-950310 | CENTRO DE LA INNOVACION LA AGROINDUSTRIA Y EL TURISMO-ANTIOQUIA |
| Fecha y Hora Generación Reporte: | 2025-09-15-5:35 p. m. | |

## Comisión Servicio al Interior del País - Tramite - Inicial

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Solicitud de Comisión No.** | 559025 | **Fecha Solicitud** | 2025-09-15 | **Estado de la Comisión** | Autorizada | **Unidad Ejecutora o Subunidad - 36-02-00-005-950310 CENTRO DE LA INNOVACION LA AGROINDUSTRIA Y EL TURISMO-ANTIOQUIA** | | |
| **Tipo de Comisión** | Servicio | **Fecha Aut./ Rech.** | 2025-09-15 | **Genera Viáticos** | NO | **Genera gastos de viaje** | Si | **Requiere Pasajes Aéreos** NO |
| **Transporte por Vía** | Terrestre | **Área u Oficina** | MEDIA TECNICA | | | **Tipo de trámite** | Inicial | **Comisión Inicial** |

## CDP de viáticos

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Consecutivo CDP** | 925 | **Dependencia Solicitante** | 950311 INTEGRACION CON LA MEDIA- CENTRO DE LA INNOVACION AGROINDUSTRIA Y EL TURISMO |
| **Rubro Presupuestal de Viaticos** | - | **Rubro Presupuestal de Gastos de Viaje** | C-3603-1300-20-20305C-3603025-02 - ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL - FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE SABERES PREVIOS CON ÉNFASIS EN POBLACIONES CAMPESINAS Y POPULARES EN COLOMBIA NACIONAL |

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SUSANA JARAMILLO RIVAS | CC: 1036938414 | CONTRATISTA - INSTRUCTOR | Autorizada | 2025-09-24 | 2025-09-24 | ANTIOQUIA / RIONEGRO | ANTIOQUIA / SONSON | 0 | No | 0 | 0 | 4.599.511,00 | 0,00 | 0,00 | 94.398,00 | 94.398,00 | VIATICOS DEL 24 DE SEPTIEMBRE PARA IMPARTIR FORMACION EN EL PROGRAMA DE ARTICULACION SENA |
| | | | | | | | | | | | **Totales Solicitud de Comisión** | | | **0,00** | **94.398,00** | **94.398,00** | |

## OBJETO DE LA COMISIÓN

VIATICOS DEL 24 DE SEPTIEMBRE PARA IMPARTIR FORMACION EN EL PROGRAMA DE ARTICULACION SENA

## ORDENADOR DEL GASTO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Identificacion: | 39450318 | Nombre: | ERIKA MARIA PINEDA HOYOS | Cargo: | SUBDIRECTOR CENTRO DE LA INNOVACION, LA AGROINDUSTRIA Y EL TURISMO - ANTIOQUIA |

Firma Responsable

| | | | |
|---|---|---|---|
| Verificado Por: | DIANA PATRICIA ORREGO RESTREPO | Fecha Verificación: | 15/09/2025 16:20:34 |

| | | |
|---|---|---|
| | | Versión: 05 |
| | | Código: GTH-F-090 |

**PROCESO**

**GESTIÓN DE TALENTO HUMANO**

**NOMBRE DEL FORMATO**

**FORMATO AGENDA DESPLAZAMIENTO CONTRATISTA**

**CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Pública** | x | **Pública Clasificada** | | **Pública Reservada** | |

**DATOS DEL CONTRATISTA QUE SE DESPLAZA**

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **FECHA DE ELABORACIÓN DE AGENDA** | | | | | 8/8/2025 | | | |
| **NOMBRES Y APELLIDOS** | | | | | **IDENTIFICACIÓN:** | | | |
| **SUSANA JARAMILLO RIVAS** | | | | | **Tipo:** | **C.C.** | **No.** | **1036938414** |
| **CONTRATO** | **No.** | **8102702** | **AÑO** | 2025 | **FECHA VENCIMIENTO DEL CONTRATO** | 5 | 12 | 2025 |
| **OBJETO CONTRACTUAL:** | 5_9503_181 PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES Y/O DE APOYO DE CARÁCTER TEMPORAL A LA GESTIÓN, EN LA PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DE LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, ASÍ COMO LA EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DE APRENDIZAJE DEFINIDOS EN LOS DISEÑOS CURRICULARES PARA EL PROGRAMA DE ARTICULACIÓN CON LA EDUCACIÓN MEDIA, Y ASIGNADOS DESDE LA SUBDIRECCIÓN DE CENTRO Y LA COORDINACIÓN ACADÉMICA. 4 | | | | | | | |
| **DIRECCIÓN GENERAL/ REGIONAL** | Antioquia | | | | **DEPENDENCIA/ CENTRO** | **Centro de la Innovación, la Agroindustria y el Turismo** | | |
| **NOMBRE DEL ORDENADOR DEL GASTO (de la Movilización)** | **Erika Maria Pineda Hoyos** | | | | **CARGO** | **SUBDIRECTORA ( E )** | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR(A) DEL CONTRATO** | **Isis Catalina Jaramillo Lozano** | | | | **CARGO** | **Coordinadora de formación profesional integral FPI-misional** | | |

**INFORMACIÓN DEL DESPLAZAMIENTO**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **RUTA** | **RIONEGRO-SONSON-RIONEGRO** | | | | | | |
| **DIRECCIÓN GENERAL/ REGIONAL** | Antioquia | | | **DEPENDENCIA/ CENTRO** | **Centro de la Innovación, la Agroindustria y el Turismo** | | |
| **CIUDAD/DEPARTAMENTO O MUNICIPIO/DEPARTAMENTO O CIUDAD/PAIS** | Antioquia | | | **ENTIDAD O EMPRESA:** | I.E Tecnico agropecuaria y en salud de Sonson | **CONTACTO** | 3116249534 |
| **FECHA INICIO DEL DESPLAZAMIENTO** | **24** | **9** | **25** | **FECHA FIN DESPLAZAMIENTO** | **24** | **9** | **2025** |
| **OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO** | IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN EL PROGRAMA ARTICULACIÓN CON LA MEDIA | | | | | | |

**OBLIGACIONES DEL CONTRATO**

| | |
|---|---|
| 1 | 1. Desarrollar sus actividades de acuerdo con la programación establecida en los procesos formativos del centro de formación, en las fechas y lugares previamente planeados, utilizando métodos y recursos pedagógicos acordes con las normativas y estándares del SENA. |
| 2 | 2. Impartir formación profesional de manera integral de conformidad con los programas de formación definidos, orientando el desarrollo de las actividades de aprendizaje, guiando, asesorando y acompañando permanentemente a los aprendices en la ejecución de ellas. |

**AGENDA**

**Actividades a ejecutar: Impartir formación profesional integral ASEM - Numero de Ficha: 3190084**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Dia Inicio** | **24** | **9** | **25** | |
| **Desplazamiento ruta de ida:** | | | | **RIONEGRO-SONSON** |
| **Medio de transporte: aéreo, terrestre, fluvial:** | | | | **terrestre** |

**Actividades a ejecutar: Impartir formación profesional integral ASEM - Numero de Ficha: 3190084**

| | | |
|---|---|---|
| **24** | **HORA: 12:00: PM** | Desplazamiento Rionegro - Sonson |
| | **HORA: 2:00 PM** | Impartir formación en la IE Tecnico agropecuaria y en salud de Sonson |
| | **HORA: 6:00 PM** | Impartir formación en la IE Tecnico agropecuaria y en salud de Sonson |
| | **HORA: AM/PM** | |
| | | |

| | |
|---|---|
| **Desplazamiento ruta de regreso:** | **SONSON-RIONEGRO** |
| **Medio de transporte: aéreo, terrestre, fluvial:** | **terrestre** |

**Observaciones:**

| | | |
|---|---|---|
| **Se liquidan gastos de transporte entre terminales aéreas por valor de** | | |
| **Se liquidan gastos de transporte entre terminales terrestre por valor de** | **$** | **94,398** |
| **Se liquidan gastos de transporte intermunicipal por valor de** | **$** | |

| | | |
|---|---|---|
| **FIRMA ORDENADOR DE GASTO:** | **FIRMA SUPERVISOR DEL CONTRATO :** | **FIRMA DEL CONTRATISTA:** |
| **Nombres y Apellidos:** **Erika Ma Pineda Hoyos** | **Nombres y Apellidos:** **Isis Catalina Jaramillo** | |
| **Cargo:** **Subdirector de centro ( E )** | **Cargo:** **Coordinadora FPI- misional** | **Nombres y Apellidos:** **Susana Jaramillo Rivas** |

| | |
|---|---|
| | Versión:02 |
| | Código: GRF-F-076 |

**GASTOS DE DESPLAZAMIENTO**

**COMPROBANTE LEGALIZACIONGASTOSTRANSPORTE INFORMAL - CONTRATISTAS**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CIUDAD/MUNICIPIO - FECHA:** | **Rionegro, 29/08/2025** | **Código Regional:** | **5** |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | Susana Jaramillo Rivas | **CódigoCentro:** | **9503** |
| **No. DOCUMENTOIDENTIDAD:** | 1.036.938.414 | **Fecha de elaboración:** | 24/02/25 |

En desarrollo de la comisión No. _____**559025** durante los días__24__del mes de _____Septiembre_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 |
|---|---|---|---|
| 24/09/25 | Rionegro - Sonson | SERVICIO PÚBLICO | $ 47.199 |
| | Sonson - Rionegro | SERVICIO PÚBLICO | $ 47.199 |
| | | | |
| | | | |
| | | **RAZON POR LA CUAL, SE AUTORIZA EL GASTO INCURRIDO CUYOVALOR PAGADOEQUIVALE A:** | **$ 94.398** |

Para efectoslegalesel contratista certifica bajo la gravedad del juramento, que las actividadesobjeto 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.

**Teniendoen 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:** | Susana Jaramillo Rivas | **Nombre completo:** | Isis Catalina Jaramillo | **Nombre completo:** | Erika Maria Pineda |
| **Numerode Contrato:** | 8102702 | **Cargo:** | Coordinadora de formación profesional integral FPI-Misional | **Cargo:** | Subdirectora(e) |
| **Firma:** | Susana Jaramillo R. | **Firma:** | | **Firma:** | |

**FORMATO INFORME LEGALIZACION DESPLAZAMIENTO - CONTRATISTA**

| | | |
|---|---|---|
| **CIUDAD Y FECHA**<br>**Rionegro, 24/09/2025** | | |
| **PRESENTADO A**:<br>Erika María Pineda | | |
| **ORDEN DE VIAJE No:**<br>**559025** | **FECHA DE INICIO:**<br>**24/09/2025** | **FECHA DE FINALIZACION:**<br>**24/09/2025** |
| **LUGAR A DONDE REALIZÓ EL DESPLAZAMIENTO**<br>**SONSON** | **REGIONAL / CENTRO DE FORMACION**<br>Antioquia / Centro de la Innovación, la Agroindustria y la Aviación | **OTRA: (ciudad)** |
| **OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO:**<br>Dictar formacion en asistencia administrativa del grado decimo | | |
| **ACTIVIDADES DESARROLLADAS:** | | |
| **1.** Entrega evidencias generales. | | |
| **RESULTADOS:** | | |
| **1. Articular las competencias del técnico en asistencia administrativa**<br>**2. Verificación del buen funcionamiento de los programas** | | |
| **EVIDENCIAS O SOPORTES:** **Enuncie los archivos que soportan estos resultados y anexe lo correspondiente en este Informe** | | |
| **1. Fotos de la formación**<br>**2. Listado de aprendices** | | |

**COMPROMISOS**

| ACTIVIDAD | RESPONSABLE | FECHA |
|---|---|---|
| **1.** | | |

**CONCLUSIÓNES:**

1. Dictar formacion en el grupo de 10 con numero de ficha 3190084.
2. Se esta trabajando en el proyecto proyectivo sobre la bitacora

**DATOS DEL CONTRATISTA**

| NOMBRE Y APELLIDO | FIRMA |
|---|---|
| **Susana Jaramillo Rivas** |  |

**VISTO BUENO SUPERVISOR**

| CARGO DEL SUPERVISOR | NOMBRE Y APELLIDO SUPERVISOR | FIRMA |
|---|---|---|
| **Coordinadora de formacion profesional integral FPI-Misional** | Isis Catalina Jaramillo |  |

SENA

REGISTRO DE ASISTENCIA / DÍA 24 DEL MES DE Septiembre DEL AÑO 202

OBJETIVO (S) "Desarrollar habilidades emprendedoras en la formulación de sus proyectos"

| No | NOMBRES Y APELLIDOS | No. DOCUMENTO | PLANTA | CONTRATISTA | OTRO ¿CUAL? | DEPENDENCIA/ EMPRESA | CORREO ELECTRÓNICO | TELÉFONO/EXT. | AUTORIZA GRABACIÓN | FIRMA O PARTICIPACIÓN VIRTUAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Angie Lorena O. | 1036257152 | | | X | Ietass | angielorenaospina castaneda@gmail.com | 3175394154 | Si | Angie Ospina |
| 2 | Sofia Ocampo | 1077807650 | | | X | ICIASS | sofiaocampog@idud.com | 3216508262 | Si | Sofia O G. |
| 3 | Valery Jimenez Nuñez Toro | 1036940954 | | | X | IE.I.A.S.S | ximenasgiraldo004@gmail.com | 3104736414 | Si | Valery Toro |
| 4 | Valentina Ocampo Betancur | 1041460738 | | | X | IETASS | valentinaocampo409@gmail.com | 3218102490 | Si | Valentina O. |
| 5 | Dahana Franco | 1036253773 | | | X | IETASS | dahanafranco648@gmail.com | 3217122143 | Si | Dahana |
| 6 | laura lópez | 1036940932 | | | X | IETASS | lauralopezcardona16@gmail.com | 3140563994 | Si | |
| 7 | Juan Manuel Hengo | 1013345672 | | | X | IETASS | juanmanuelhenao395@gmail.com | 3205547794 | Si | |
| 8 | Juan Pablo C-e | 1036257972 | | | X | IETASS | juanpablocastano betancur3@gmail.com | 3148787406 | Si | |
| 9 | Samuel Lopez | 1025660531 | | | X | IETASS | samuellopezcampuzano07@gmail.com | 3127327336 | Si | |
| 10 | Sofia Cardona | 1040877564 | | | X | IETASS | sofiacardonaa701@gmail.com | 3135417460 | Si | Sofia |
| 11 | Mariana Olaco C. | 1047968340 | | | X | IETASS | mariana0c707@gmail.com | 3215296474 | Si | Mariana O |
| 12 | Ximena Sanchez | 1017967766 | | | X | IETASS | ximenasgiraldo004@gmail.com | 320 2510010 | Si | |
| 13 | Estefania Blandon | 1036140930 | | | X | IETASS | estefaniablandon451@gmail.com | 3215418917 | Si | Estefania B |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

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.

Powered by CamScanner


Sonson , Antioquia
24 de Septiembre del 2025
16:45 pm

**NUMERO DE FICHA: 3190084** **FECHA:** 24 -09-2025 **HORA:** 1:00pm **MUNICIPIO:** Sonson

**PROGRAMA DE FORMACIÓN:**

TECNICO EN ASISTENCIA ADMNISTRATIVA

**NOMBRE DEL PROYECTO FORMATIVO:**

MEJORAMIENTO DE LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS DE LAS MIPYMES DEL ORIENTE ANTIOQUEÑO.

**FASE DEL PROYECTO FORMATIVO:**

ANÁLISIS, EJECUCIÓN, EVALUACIÓN

**COMPETENCIA PARA DESARROLLAR:**

Desarrollar habilidades emprendedoras en la formulación de proyectos productivos.

**RESULTADO A DESARROLLAR**:

Formular ideas de negocio aplicando principios de emprendimiento.

**NOMBRE ACTIVIDAD GUÍA DE APRENDIZAJE:**

De la idea al proyecto

**DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS**:

1. Llamado a lista de los aprendices
2. Los aprendices participaron en la actividad “De la idea al proyecto”, donde identificaron necesidades del entorno y propusieron ideas de negocio innovadoras.
3. Cada grupo elaboró una ficha con la información básica de su proyecto productivo: nombre, objetivo, producto o servicio, público objetivo y recursos necesarios.
4. Se promovió el trabajo colaborativo y la comunicación efectiva entre los integrantes.
5. Se socializaron los avances de cada grupo y se brindó retroalimentación sobre la viabilidad de las ideas presentadas.

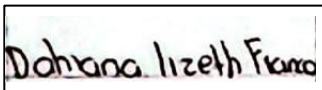
**COMPROMISOS Y ACTIVIDADES PARA EL DESARROLLO FUERA DE SESIÓN:**

NO SE DEJA COMPROMISOS

**OBSERVACIONES:**

**APRENDICES QUE NO ASISTIERON:**

**RESPONSABLE DE LA BITÁCORA:**



**REVISIÓN DE BITÁCORA:**

SUSANA JARAMILLO RIVAS

**FORMATO INFORME LEGALIZACION DESPLAZAMIENTO - CONTRATISTA**

| | | |
|---|---|---|
| **CIUDAD Y FECHA**<br>**Rionegro, 17/09/2025** | | |
| **PRESENTADO A**:<br>Erika María Pineda | | |
| **ORDEN DE VIAJE No:**<br>**547025** | **FECHA DE INICIO:**<br>**17/09/2025** | **FECHA DE FINALIZACION:**<br>**17/09/2025** |
| **LUGAR A DONDE REALIZÓ EL DESPLAZAMIENTO**<br>**SONSON** | **REGIONAL / CENTRO DE FORMACION**<br>Antioquia / Centro de la Innovación, la Agroindustria y la Aviación | **OTRA: (ciudad)** |
| **OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO:**<br>Dictar formacion en asistencia administrativa del grado decimo | | |
| **ACTIVIDADES DESARROLLADAS:**<br>**1.** Entrega evidencias generales. | | |
| **RESULTADOS:**<br>**1. Articular las competencias del técnico en asistencia administrativa**<br>**2. Verificación del buen funcionamiento de los programas** | | |
| **EVIDENCIAS O SOPORTES:** **Enuncie los archivos que soportan estos resultados y anexe lo correspondiente en este Informe**<br>**1. Fotos de la formación**<br>**2. Listado de aprendices** | | |

| **COMPROMISOS** | | |
|---|---|---|
| **ACTIVIDAD** | **RESPONSABLE** | **FECHA** |
| **1.** | | |

| |
|---|
| **CONCLUSIÓNES:**<br>**1.** Dictar formacion en el grupo de 10 con numero de ficha 3190084.<br>**2.** Se esta trabajando en el proyecto productivo de a 4 y 5 compañeros |

| **DATOS DEL CONTRATISTA** | |
|---|---|
| **NOMBRE Y APELLIDO** | **FIRMA** |
| **Susana Jaramillo Rivas** |  |

| **VISTO BUENO SUPERVISOR** | | |
|---|---|---|
| **CARGO DEL SUPERVISOR** | **NOMBRE Y APELLIDO SUPERVISOR** | **FIRMA** |
| **Coordinadora de formacion profesional integral FPI-Misional** | Isis Catalina Jaramillo |  |

SENA

REGISTRO DE ASISTENCIA / DÍA 17 DEL MES DE Septiembre DEL AÑO 2025

OBJETIVO(S) "AVANCES DEL PROYECTO PRODUCTIVO"

| No | NOMBRES Y APELLIDOS | No. DOCUMENTO | PLANTA | CONTRATISTA | OTRO ¿CUAL? | DEPENDENCIA/ EMPRESA | CORREO ELECTRÓNICO | TELÉFONO/EXT. | AUTORIZA GRABACIÓN | FIRMA O PARTICIPACIÓN VIRTUAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Valery Yonaira Alvarez Toro | 1036940954 | | | X | I.E.T.A.S.S | xiomaravale2785@gmail.com | 3104739444 | Si | Valery Toro |
| 2 | Laura López cardona | 1036940932 | | | X | I.E.T.A.S.S | Lauralopezcardona16@gmail.com | 3140563494 | S. | |
| 3 | Dahiana lizeth Franco | 1036258173 | | | X | I.E.T.A.S.S | dahianafranco618@gmail.com | 3217122143 | Si | Dahiana |
| 4 | Valentina Ocampo | 1041460798 | | | X | IETASS | Valentina Ocampo4149@gmail.com | 3218140299 | Si | Valentina O. |
| 5 | Angie Lorena Ospina | 1036257152 | | | Y | Ietass | angelorenaospinacastanola@ymail.com | 3135309461 | Si | Angie Ospina |
| 6 | Sofia Ocampo G | 1021807650 | | | X | IETASS | sofia.orampog@icloud.com | 3226508262 | Si | Sofia O.G |
| 7 | Tatiana Castaño | 1041968615 | | | X | IETASS | tcastanoaona@gmail.com | 3046586589 | Si | Tatiana C.O |
| 8 | Maliex alzate | 1041460555 | | | X | IETASS | maliflaqu@gmail.com | 3215629923 | Si | |

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



Powered by CamScanner


Sonsón
17 de Septiembre de 2025
14:08 p.m

**NUMERO DE FICHA: 3190084** **FECHA:** 17 -09-2025 **HORA:** 1:00pm **MUNICIPIO:** Sonson

**PROGRAMA DE FORMACIÓN:**

TECNICO EN ASISTENCIA ADMNISTRATIVA

## NOMBRE DEL PROYECTO FORMATIVO:

MEJORAMIENTO DE LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS DE LAS MIPYMES DEL ORIENTE ANTIOQUEÑO.

## FASE DEL PROYECTO FORMATIVO:

ANÁLISIS, EJECUCIÓN, EVALUACIÓN

## COMPETENCIA PARA DESARROLLAR:

EMPRENDIMIENTO

## RESULTADO A DESARROLLAR:

Identificar oportunidades de negocio y formular ideas productivas, aplicando principios del emprendimiento, innovación y sostenibilidad.

**NOMBRE ACTIVIDAD GUÍA DE APRENDIZAJE:**

Planeación y desarrollo del proyecto productivo

**DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS**:

1. Llamado a lista de los aprendices
2. Indicaciones del trabajo a Se explico la importancia del proyecto productivo dentro de la formacion tecnica y su relación con el emprendimiento.
3. Los aprendices identificaron ideas de negocio acordes con las necesidades del entorno.
4. Se oriento la elaboración de un borrador del proyecto productivo, definiendo nombre, objetivo, producto o servicio y publico objetivo.
5. Se resolvieron dudas relacionadas con la estructura del proyecto y se brindaron ejemplos de emprendimientos exitosos.
6. Se fomentó el trabajo colaborativo y la participación activa en la formulación de las ideas productivas.

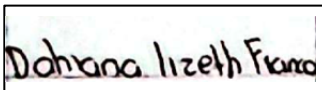
**COMPROMISOS Y ACTIVIDADES PARA EL DESARROLLO FUERA DE SESIÓN:**

**OBSERVACIONES:**

**APRENDICES QUE NO ASISTIERON:**

FALTARON LA MITAD DE APRENDICES

**RESPONSABLE DE LA BITÁCORA:**



**REVISIÓN DE BITÁCORA:**

SUSANA JARAMILLO RIVAS