



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 HUILA

CENTRO DE LA INDUSTRIA, LA EMPRESA Y LOS SERVICIOS-HUILA

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

| | |
|-------------------|-------------------|
| Código Regional | 41 |
| Código Centro | 952710 |
| Fecha Elaboración | Noviembre de 2025 |
| Versión | ENERO - 2.25 |
| ID de Proceso | 48121-754723 |

DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|--|---------------------------|---|---------|
| Nombres y apellidos: | MARIA NURY POLANIA VARGAS | Banco a consignar: | |
| Cédula de Ciudadanía | 36.181.986 | Tipo de cuenta: | |
| Correo electrónico: | mnpolani@sena.edu.co | Número de Cuenta: | |
| IP/Nº de contacto: | | 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 | 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? | | | NO |
| Concepto del pago corresponde a: | | | Ninguno |
| TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T. | | | 0,00% |

DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|--|---|--------------------|--------|--|---|
| Nº del contrato: | 7948815/2025 | Nº Compromiso SIIF | 115225 | Número de pagos durante la vigencia del contrato | 7 |
| OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado) | INSTRUCTOR:41_9527_421 PSP PARA APOYAR LA PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DE LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN EL CENTRO DE LA INDUSTRIA, LA EMPRESA Y LOS SERVICIOS DEL SENA REGIONAL HUILA EN LA ESPECIALIDAD: PRACTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO PARA PERSON | | | | |

DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | | | |
|-------------------|-----------------|----|------------|------------------------------|---------------|
| Del | 01/11/2025 | Al | 30/11/2025 | Saldo Anterior del Contrato: | \$ 6.592.632 |
| Número de pago | 6 | | | Valor Total del Contrato: | \$ 28.823.602 |
| Valor Bruto Pago: | \$ 4.599.511,00 | | | Nuevo Saldo del Contrato: | \$ 1.993.121 |

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|--|---------------------|---------------------------------------|-------------|
| Ingresos por honorarios | \$ 4.599.511 | Ninguno | 0,00% |
| Ingresos por comisiones | \$ 395.784 | Retención en la Fuente del Periodo | \$ 0 |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | \$ 0 | | |
| TOTAL INGRESOS DEL PERIODO | \$ 4.995.295 | Menos, Retefuente Otros Ingresos | \$ 0 |
| BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE | \$ 3.346.195 | TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO | \$ 0 |

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

| | Noviembre | Octubre | Base retención en la fuente a título de RENTA | 3.346.195,00 | TARIFA |
|--|---------------|--------------|---|-----------------------|--------|
| Nº Planilla PILA, o, Nº Radicación pago SS | ----- | 7988917154 | Base retención en la fuente a título de ICA | 0,00 | |
| Ingreso Base de Cotización - IBC | \$ 1.839.804 | \$ 1.839.804 | Valor base IVA | 0,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | \$ 230.000 | \$ 230.000 | IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | \$ 294.400 | \$ 294.400 | Menos Retención en la Fuente | 0,00 | 0,00% |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | \$ - | \$ 0 | Menos Retención IVA | 0,00 | 15% |
| ARL | \$ 9.700 | \$ 9.700 | Reteica - 8299 | 0,00 | 0,000% |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | \$ - | - | | 0,00 | 0,000% |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | \$ - | - | | 0,00 | 0,000% |
| Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes | \$ - | - | | 0,00 | 0,000% |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias | \$ - | - | | 0,00 | 0,000% |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC | \$ - | - | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias | \$ - | - | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Intereses Prestamo de Vivienda | \$ - | - | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Dependientes hasta | \$ - | - | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Salud hasta | \$ 796.784 | \$ - | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Renta Exenta 25% | \$ 22.949.039 | \$ 1.115.000 | | 0,00 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | \$ 6.302.000 | | | | |
| Retención en la Fuente Contingente | \$ - | - | Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| | | | VALOR A PAGAR | \$4.599.511,00 | |

SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS ONCE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| |
|--|
| Se brindó formación a las fichas 3328589 -3328677 -3347061 -3362918 - 3365121 -3370884 - 3379953 - 3379576 |
| Realicé el reconocimiento de los aprendizajes producto de la formación en las Fichas 3370884 - 3379953 - 3379576 |
| Entregué al supervisor del contrato, el Informe mensual de Ejecución contractual con las actividades realizadas durante el periodo |
| Emi tí juicios valorativos a los aprendices de la ficha 3328589- 3328677 - 3347061 |
| Vigilé y salvaguardé los bienes que son parte del patrimonio del SENA o de otras entidades |
| Validé novedades en el registro, la inscripción y la matrícula de los aprendices |
| Se estructuró material de apoyo para la formación. Ejercicios prácticos y pruebas |
| Garanticé el trato digno, igualitario y no discriminatorio frente a los integrantes de la comunidad educativa SENA |
| Cumplí con la afiliación y el pago oportuno al sistema de seguridad social |

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:

1. Cumpli 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 NURY POLANIA VARGAS
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 periodo 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,

JESUS BOANERGES CAMERO CAMACHO
INSTRUCTOR

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
FERMIN BELTRAN BARRAGAN
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | |
|---|----------------------------------|---------------------------|---|--------------------------------|-------------------|---------------------------|------------------|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 36181986 | NÚMERO PLANILLA: | 7988917154 | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | MARIA NURY POLANIA VARGAS | PERIODO COTIZACIÓN OTROS: | MES | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | CALL 66 59 - 31 TORRE 6 APTO 303 | TELÉFONO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL | DÍAS DE MORA: | octubre AÑO 2025 | | octubre AÑO 2025 |
| DIRECCIÓN: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | 5890892 | FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2025/11/04 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 1894175978 |
| TIPO APORTANTE: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | I-INDEPENDIENTE | | | | |
| TIPO EMPRESA: | ÚNICO | | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act | | | | |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | | | | | | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO | | | | |

| TOTAL APORTES A PENSIÓN | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|--------------------|----------------|------------|---------------------|-----------|-------------|--------------|------------|------|-------------------|-------------|-------------|-------------------|
| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | | |
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | \$ 320.000 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 320.000 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 320.000 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | \$ 320.000 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 320.000 |

| TOTAL APORTES A SALUD | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|---------------------|----------------|----------------------------|-------|---------------------|-------|---------------|-------|-------------|-------------------|-------------|-------------|-------------|-------------------|-----------|--------------|
| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS005 | EPS005-SANITAS S.A. | 1 | | \$ 0 | | \$ 0 | | \$ 0 | \$ 250.000 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 250.000 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 250.000 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | \$ 250.000 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 250.000 | | |

| TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|---|----------------|---------------------|-------|----------------------|----------|-------------|------------|-----------|------------------|-------------|--------------|------------------|
| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | |
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO | |
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | | \$ 0 | \$ 0 | | \$ 0 | \$ 10.500 | \$ 10.500 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 10.500 | \$ 10.500 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | \$ 10.500 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 10.500 |

| LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|----------------|---------------------------|----------------|-------------------|----------------|-----------------|------------|------------|--------------------|-----|-----|-----|-----|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--------------------|----------|------------------|------------|--------------|-------------|-----------|----------|---------------------------|--------------|---------------------|----------|-----------|------------|-------------|--------------|---|------|-----------|-----------|--------|----------|------|-------------------|--------------|----------|------|-------|
| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | PENSIÓN | | | | SALUD | | | | ARP | | | | CCF | | | | | SENA | ICBF | ESAP | MINEDU | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | | | | | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | ADMIN |
| 1 | CC 36181986 | POLANIA VARGAS MARIA NURY | INDEPENDIENTE | | \$ 2.000.000 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | 2.000.000 | \$ 320.000 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | Normal | \$ 320.000 | EPS005-SANITAS S.A. | 30 | 2.000.000 | \$ 250.000 | \$ 0 | \$ 250.000 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | 2.000.000 | \$ 10.500 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 |

TOTAL PAGADO: \$ 580.500

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 36181986
 NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: MARIA NURY POLANIA VARGAS
 CIUDAD/MUNICIPIO: BOGOTA DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO: BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
 DIRECCIÓN: CALL 66 59 - 31 TORRE 6 APTO TELÉFONO: 5890892
 TIPO APORTANTE: 02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
 TIPO EMPRESA: PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades reguladoras y
 FORMA DE PRESENTACIÓN: ÚNICO
 APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA: **7988917154** TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
 PERIODO COTIZACIÓN MES: octubre PERIODO COTIZACIÓN MES: octubre
 OTROS SUBSISTEMAS: AÑO: 2025 SALUD: AÑO: 2025
 DÍAS DE MORA: 0
 FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): 2025/11/04 NÚMERO AUTORIZACIÓN: 1894175978

NOVEDADES

| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

LIQUIDACIÓN GENERAL

| TOTALES | |
|------------|--------------|
| COTIZANTES | TOTAL PAGADO |

PENSIÓN

| ADMINISTRADORA | | NOMBRE | | | |
|------------------|--------|--------------------|--|----------|-------------------|
| NIT | CÓDIGO | | | | |
| 9003360047 | 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | | 1 | \$ 320.000 |
| SUBTOTAL: | | | | 1 | \$ 320.000 |

SALUD

| ADMINISTRADORA | | NOMBRE | | | |
|------------------|--------|---------------------|--|----------|-------------------|
| NIT | CÓDIGO | | | | |
| 8002514406 | EPS005 | EPS005-SANITAS S.A. | | 1 | \$ 250.000 |
| SUBTOTAL: | | | | 1 | \$ 250.000 |

RIESGOS PROFESIONALES

| ADMINISTRADORA | | NOMBRE | | | |
|------------------|--------|---|--|----------|------------------|
| NIT | CÓDIGO | | | | |
| 8600111536 | 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | | 1 | \$ 10.500 |
| SUBTOTAL: | | | | 1 | \$ 10.500 |

| | |
|------------------------|-------------------|
| VALOR SIN MORA: | \$ 580.500 |
| VALOR MORA: | \$ 0 |
| TOTAL PAGADO: | \$ 580.500 |



Comprobante en línea

1 Nov 2025 07:17:30

Pago PSE



Pago exitoso

CUS 1894175978

Comercio
SOI ACH

Referencia 1
10.80.25.153

Fecha
1 Nov 2025 07:17:30

Referencia 2
CC

Número de factura
7988917154

Referencia 3
36181986

Descripción del pago
**Pago de la Planilla Integrada de
Seguridad Social y Parafisacales**

Valor del Pago
\$580.500

Número de comprobante
TR0715375978

Costo de la transacción
\$ 0

Producto origen
Ahorros - Bancolombia
****** 9477**



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

Usuario que Genera Reporte: MHfbeltran FERMIN BELTRAN BARRAGAN
 Unidad ó Subunidad que Genera Reporte: 36-02-00-041-952710 CENTRO DE LA INDUSTRIA LA EMPRESA Y LOS SERVICIOS-HUILA
 Fecha y Hora Generación Reporte: jueves, 16 de octubre de 2025

Comisión Servicio al Interior del País - Tramite - Inicial

| | | | | | | | | | |
|---------------------------|-----------|-------------------|---|-----------------------|------------|--|---------|-------------------------|----|
| Solicitud de Comisión No. | 85525 | Fecha Solicitud | 2025-10-16 | Estado de la Comisión | Autorizada | Unidad Ejecutora o Subunidad - 36-02-00-041-952710 CENTRO DE LA INDUSTRIA LA EMPRESA Y LOS SERVICIOS-HUILA | | | |
| Tipo de Comisión | Servicio | Fecha Aut./ Rech. | 2025-10-16 | Genera Viáticos | NO | Genera gastos de viaje | Si | Requiere Pasajes Aéreos | NO |
| Transporte por Vía | Terrestre | Área u Oficina | Coordinación Académica Sede de Comercio y Servicios | | | Tipo de trámite | Inicial | Comisión Inicial | |

CDP de viáticos

| | | | | | | | | | |
|--------------------------------|------|---------------------------------------|---|--|--|--|--|--|--|
| Consecutivo CDP | 3025 | Dependencia Solicitante | 952745 CENTRO DE LA INDUSTRIA, LA EMPRESA Y LOS SERVICIOS-HUILA - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION. | | | | | | |
| 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°. Dias | Pernocta Último día Comisión | Porcentaj e 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 |
|--------|----------------------------|-------|--------|------------------------|----------------------|--------------------------|---------------------------|----------|------------------------------|----------------------|------------|---------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|---------------------|-----------------------------------|
|--------|----------------------------|-------|--------|------------------------|----------------------|--------------------------|---------------------------|----------|------------------------------|----------------------|------------|---------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|---------------------|-----------------------------------|

MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO

Firmado digitalmente por: MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO
 Serial del certificado: 5540827336374662968
 Entidad: Persona Juridica
 Unidad Organizacional: SUBDIRECCION DE OPERACIONES
 Hora de firma: 2025/10/16 18:15:28 -05:00



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

Usuario que Genera Reporte: MHfbeltran

FERMIN BELTRAN BARRAGAN

Unidad ó Subunidad que Genera Reporte:

36-02-00-041-952710

CENTRO DE LA INDUSTRIA LA EMPRESA Y LOS SERVICIOS-HUILA

Fecha y Hora Generación Reporte:

jueves, 16 de octubre de 2025

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------|--------------|-------------|------------|------------|------------|---------------|-------------------|-----|----|----|--|--|--|---|--------------|------|------|------------|---|--|--|--|--|
| MARIA MURY POLANIA VARGAS | CC: 36181986 | CONTRATISTA | Autorizada | 2025-10-17 | 2025-10-17 | HUILA / NEIVA | HUILA / RIVERA | 0,5 | No | 50 | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 2025-10-21 | 2025-10-21 | HUILA / NEIVA | HUILA / ALGECIRAS | 0,5 | No | 50 | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 2025-10-22 | 2025-10-22 | HUILA / NEIVA | HUILA / BARAYA | 0,5 | No | 50 | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 2025-10-23 | 2025-10-23 | HUILA / NEIVA | HUILA / TELLO | 0,5 | No | 50 | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 2025-10-24 | 2025-10-24 | HUILA / NEIVA | HUILA / RIVERA | 0,5 | No | 50 | | | | 4 | 4.599.511,00 | 0,00 | 0,00 | 395.784,00 | 395.784,00 | | | | |
| | | | | 2025-10-29 | 2025-10-29 | HUILA / NEIVA | HUILA / BARAYA | 0,5 | No | 50 | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ORIENTAR FORMACIÓN COMPLEMENTARIA DE PRACTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SUS CUIDADORES | | | | |



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

Usuario que Genera Reporte: MHfbeltran FERMIN BELTRAN BARRAGAN
 Unidad ó Subunidad que Genera Reporte: 36-02-00-041-952710 CENTRO DE LA INDUSTRIA LA EMPRESA Y LOS SERVICIOS-HUILA
 Fecha y Hora Generación Reporte: jueves, 16 de octubre de 2025

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|--|--|--|------------|------------|---------------|----------------|-----|----|----|--|--|-------------|-------------------|-------------------|--|--|
| | | | | 2025-10-30 | 2025-10-30 | HUILA / NEIVA | HUILA / TELLO | 0,5 | No | 50 | | | | | | | |
| | | | | 2025-10-31 | 2025-10-31 | HUILA / NEIVA | HUILA / RIVERA | 0,5 | No | 50 | | | | | | | |
| Totales Solicitud de Comisión | | | | | | | | | | | | | 0,00 | 395.784,00 | 395.784,00 | | |

OBJETO DE LA COMISIÓN

ORIENTAR FORMACIÓN COMPLEMENTARIA DE PRACTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SUS CUIDADORES

ORDENADOR DEL GASTO

| | | | | | |
|-----------------|----------|---------|-------------------------|--------|--|
| Identificación: | 83115849 | Nombre: | FERMIN BELTRAN BARRAGAN | Cargo: | SUBDIRECTOR CENTRO DE LA INDUSTRIA, LA EMPRESA Y LOS SERVICIOS - HUILA |
|-----------------|----------|---------|-------------------------|--------|--|

VISTO BUENO JEFE INMEDIATO

| | | | |
|---------|----|--------|----|
| Nombre: | "" | Cargo: | "" |
|---------|----|--------|----|

Firma Responsable

| | | | |
|-----------------|------------------------|---------------------|---------------------|
| Verificado Por: | EMILCEN PLAZAS CABRERA | Fecha Verificación: | 16/10/2025 15:31:27 |
|-----------------|------------------------|---------------------|---------------------|



Firmado digitalmente por:
 Nombre: FERMIN BELTRAN BARRAGAN
 Cédula de ciudadanía: 83115849
 Usuario SIF: MHfbeltran
 16/10/2025 6:15:45 p. m.



Versión: 05

Código:
GTH-F-090

PROCESO

GESTIÓN DE TALENTO HUMANO

NOMBRE DEL FORMATO

FORMATO AGENDA DESPLAZAMIENTO CONTRATISTA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública Pública Clasificada Pública Reservada

DATOS DEL CONTRATISTA QUE SE DESPLAZA

FECHA DE ELABORACIÓN DE AGENDA 9/10/2025

NOMBRES Y APELLIDOS IDENTIFICACIÓN:

MARIA NURY POLANIA VARGAS Tipo: C.C. No. 36181986

CONTRATO No. CO1.PCCNTR.7948815 AÑO 2025 FECHA VENCIMIENTO DEL CONTRATO 13 12 2025

OBJETO CONTRACTUAL: 41_9527_421 Prestar servicios profesionales o de apoyo a la gestión para apoyar la planeación y ejecución de la formación profesional integral en el Centro de la Industria, la Empresa y los Servicios del SENA Regional Huila en cualquier modalidad, nivel, la especialidad requerida y las afines al contratista: PRACTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SUS CUIDADORES

DIRECCIÓN GENERAL/REGIONAL Huila DEPENDENCIA/CENTRO Centro de la Industria, la Empresa y los Servicios

NOMBRE DEL ORDENADOR DEL GASTO (de la Movilización) FERMIN BELTRAN BARRAGAN CARGO SUBDIRECTOR DEL CENTRO DE FORMACION

NOMBRE DEL SUPERVISOR(A) DEL CONTRATO JESUS BOANERGES CAMERO CAMACHO CARGO COORDINADOR ACADEMICO

INFORMACION DEL DESPLAZAMIENTO

RUTA NEIVA_RIVERA_NEIVA
NEIVA_ALGECIRAS_NEIVA
NEIVA_BARAYA_NEIVA
NEIVA_TELLO_NEIVA

DIRECCIÓN GENERAL/REGIONAL Huila DEPENDENCIA/CENTRO Centro de la Industria, la Empresa y los Servicios

CIUDAD/DEPARTAMENTO O MUNICIPIO/DEPARTAMENTO O CIUDAD/PAIS Huila ENTIDAD O EMPRESA: GOBERNACION DEL HUILA CONTACTO Enlace Gobernación - CESAR SERRANO
Cel. 3102787209 / Gestor municipio Rivera
Yira Capera Camila 3138990029 / Gestor municipio Baraya
Yarlide Paredes 3225230641 / Gestor municipio Tello
Julian Guarnizo 3108041167 / Gestor municipio Algeciras
Nini Johanna 3202894134

FECHA INICIO DEL DESPLAZAMIENTO 17 10 25 FECHA FIN DESPLAZAMIENTO 31 10 25

OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO Orientar formación complementaria de: PRACTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SUS CUIDADORES

OBLIGACIONES DEL CONTRATO

1 Orientar, asesorar y acompañar de forma permanente a los aprendices en el desarrollo de las actividades establecidas en la guía de aprendizaje de acuerdo lo establecido en las guías, los procedimientos y el Sistema Integrado de Gestión y Autoevaluación "SIGA" del SENA el cual se encuentra documentado en la plataforma Compromiso, en los programas del área temática objeto del contrato según asignación de grupos.

2 Realizar reconocimiento de aprendizajes previos y estilos de aprendizaje.

AGENDA

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

Día Inicio 17 10 2025

Desplazamiento ruta de ida: NEIVA_RIVERA

Medio de transporte: aéreo, terrestre, fluvial: Terrestre

Actividades a ejecutar:

17 HORA: 6:00 AM Desplazamientos ruta de ida: (NEIVA – RIVERA)

HORA: 7:00 A 12:00 PM. Actividades a ejecutar: Orientar formación complementaria de: PRACTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SUS CUIDADORES, ficha 3268268

HORA: 1:00 PM Desplazamientos Ruta de regreso: (RIVERA NEIVA)

Día 2 24 10 2025

Actividades a ejecutar:

24 HORA: 6:00 AM Desplazamientos ruta de ida: (NEIVA – RIVERA)

HORA: 7:00 A 12:00 PM. Actividades a ejecutar: Orientar formación complementaria de: PRACTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SUS CUIDADORES, ficha 3268268

HORA: 1:00 PM Desplazamientos Ruta de regreso: (RIVERA NEIVA)

Día fin 31 10 2025

Actividades a ejecutar:

31 HORA: 6:00 AM Desplazamientos ruta de ida: (NEIVA – RIVERA)

HORA: 7:00 A 12:00 PM. Actividades a ejecutar: Orientar formación complementaria de: PRACTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SUS CUIDADORES, ficha 3268268

HORA: 1:00 PM Desplazamientos Ruta de regreso: (RIVERA NEIVA)

Desplazamiento ruta de regreso: RIVERA_NEIVA

Medio de transporte: aéreo, terrestre, fluvial: Transporte Terrestre

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

Día Inicio 21 10 2025

Desplazamiento ruta de ida: NEIVA_ALGECIRAS

Medio de transporte: aéreo, terrestre, fluvial: Terrestre

Actividades a ejecutar:

21 HORA: 05:00 AM Desplazamientos ruta de ida: (NEIVA – ALGECIRAS)

HORA: 7:00 A 12:00 PM. Actividades a ejecutar: Orientar formación complementaria de: PRACTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SUS CUIDADORES, ficha 3309875


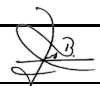
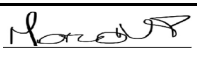
HORA: 1:00 PM Desplazamientos Ruta de regreso: (ALGECIRAS– NEIVA)

Desplazamiento ruta de regreso: ALGECIRAS_NEIVA

Medio de transporte: aéreo, terrestre, fluvial: Transporte Terrestre

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

Día Inicio 22 10 2025

| | | | | | | | |
|---|------------------------|---|------|---|--|--|--|
| Desplazamiento ruta de ida: | | | | NEIVA_BARAYA | | | |
| Medio de transporte: aéreo, terrestre, fluvial: | | | | Terrestre | | | |
| 22 | HORA: 06:00 AM | Desplazamientos ruta de ida: (NEIVA – BARAYA) | | | | | |
| | HORA: 7:00 A 12:00 PM. | Actividades a ejecutar: Orientar formación complementaria de: PRACTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SUS CUIDADORES, ficha 3328589 | | | | | |
| | HORA: 1:00 PM | Desplazamientos Ruta de regreso: (BARAYA– NEIVA) | | | | | |
| Día fin | 29 | 10 | 2025 | Actividades a ejecutar: | | | |
| 29 | HORA: 06:00 AM | Desplazamientos ruta de ida: (NEIVA – BARAYA) | | | | | |
| | HORA: 7:00 A 12:00 PM. | Actividades a ejecutar: Orientar formación complementaria de: PRACTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SUS CUIDADORES, ficha 3328589 | | | | | |
| | HORA: 1:00 PM | Desplazamientos Ruta de regreso: (BARAYA– NEIVA) | | | | | |
| Desplazamiento ruta de regreso: | | | | BARAYA_NEIVA | | | |
| Medio de transporte: aéreo, terrestre, fluvial: | | | | Transporte Terrestre | | | |
| ACTIVIDADES (Deberá contener información detallada de las tareas a realizar día a día) | | | | | | | |
| Día Inicio | 23 | 10 | 2025 | NEIVA_TELLO | | | |
| Desplazamiento ruta de ida: | | | | Terrestre | | | |
| Medio de transporte: aéreo, terrestre, fluvial: | | | | Actividades a ejecutar: | | | |
| 23 | HORA: 06:00 AM | Desplazamientos ruta de ida: (NEIVA – TELLO) | | | | | |
| | HORA: 7:00 A 12:00 M. | Actividades a ejecutar: Orientar formación complementaria de: PRACTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SUS CUIDADORES, ficha 3309837 | | | | | |
| | HORA: 1:00 PM | Desplazamientos Ruta de regreso: (TELLO– NEIVA) | | | | | |
| Día fin | 30 | 10 | 2025 | Actividades a ejecutar: | | | |
| 30 | HORA: 06:00 AM | Desplazamientos ruta de ida: (NEIVA – TELLO) | | | | | |
| | HORA: 7:00 A 12:00 M. | Actividades a ejecutar: Orientar formación complementaria de: PRACTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SUS CUIDADORES, ficha 3309837 | | | | | |
| | HORA: 1:00 PM | Desplazamientos Ruta de regreso: (TELLO– NEIVA) | | | | | |
| Desplazamiento ruta de regreso: | | | | TELLO- NEIVA | | | |
| Medio de transporte: aéreo, terrestre, fluvial: | | | | Transporte Terrestre | | | |
| Observaciones: | | | | | | | |
| Se liquidan gastos de transporte entre terminales aéreas por valor de | | | | \$0 | | | |
| Se liquidan gastos de transporte entre terminales terrestre por valor de | | | | \$211.784 | | | |
| Se liquidan gastos de transporte intermunicipal por valor de | | | | \$184.000 | | | |
| FIRMA ORDENADOR DE GASTO: | | FIRMA SUPERVISOR DEL CONTRATO : | | FIRMA DEL CONTRATISTA: | | | |
|  Firmado digitalmente por BELTRAN BARRAGAN FERMIN | |  | |  | | | |
| Nombres y Apellidos: FERMIN BELTRAN BARRAGAN | | Nombres y Apellidos: JESUS BOANERGES CAMERO CAMACHO | | | | | |
| Cargo: Subdirector de Centro | | Cargo: Coordinador Académico Sede de Comercio y Servicios | | | | Nombres y Apellidos: MARIA NURY POLANIA VARGAS | |



FORMATO INFORME LEGALIZACION DESPLAZAMIENTO - CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA Neiva, 05 de noviembre de 2025

PRESENTADO A: FERMIN BELTRAN BARRAGAN - SUBDIRECTOR CENTRO DE LA INDUSTRIA, LA EMPRESA Y LOS SERVICIOS - HUILA

| | | |
|------------------------------------|--|--|
| ORDEN DE VIAJE No: 85525 | FECHA DE INICIO: 17/10/2025 | FECHA DE FINALIZACION: 31/10/2025 |
| | LUGAR A DONDE REALIZÓ EL DESPLAZAMIENTO | REGIONAL / CENTRO DE FORMACION Huila |

OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO: Orientar formación complementaria en: Prácticas de cuidado y autocuidado para personas con discapacidad y sus cuidadores

ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

- Orientar, asesorar y acompañar de forma permanente a los aprendices en el desarrollo de las actividades establecidas en la guía de aprendizaje de acuerdo lo establecido en las guías, los procedimientos y el Sistema Integrado de Gestión y Autoevaluación “SIGA” del SENA el cual se encuentra documentado en la plataforma Compromiso, en los programas del área temática objeto del contrato según asignación de grupos.
- Realizar reconocimiento de aprendizajes previos y estilos de aprendizaje.

RESULTADOS:

- Reconocer los derechos, redes de apoyo y rutas de atención para personas en condición de discapacidad, según normatividad vigente
- Aplicar cuidado básicos y de autocuidado, teniendo en cuenta tipo de discapacidad, niveles de dependencia y autonomía

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

- Listas de asistencia firmadas debidamente por cada asistente a la formación
- Fotografías
- Informe de legalización de comisión-Guía de Aprendizaje

Nota 1: Gastos de desplazamiento:

| DESTINO | TARIFA (A-B-C) | VRL MANUTENCION DIARIA | DÍAS | TOTAL GASTOS DE MANUTENCION | GASTOS DE TRANSPORTE TERRESTRE | GASTOS DE TRANSPORTE ENTRE TERMINALES TERRESTRE | GASTOS DE TRANSPORTE AEREO | GASTOS DE TRANSPORTE ENTRE TERMINALES AEREAS | VALOR TOTAL LEGALIZADO |
|--------------|----------------|------------------------|----------|-----------------------------|--------------------------------|---|----------------------------|--|------------------------|
| RIVERA | C | \$235.178 | 1,5 | 0 | \$54.000 | \$79.419 | 0 | 0 | \$133.419 |
| ALGECIRAS | C | \$235.178 | 0,5 | 0 | \$30.000 | \$26.473 | 0 | 0 | \$56.473 |
| BARAYA | C | \$235.178 | 1 | 0 | \$56.000 | \$52.946 | 0 | 0 | \$108.946 |
| TELLO | C | \$235.178 | 1 | 0 | \$44.000 | \$52.946 | 0 | 0 | \$96.946 |
| TOTAL | | | 4 | 0 | \$184.000 | \$211.784 | 0 | 0 | \$395.784 |



| COMPROMISOS | | |
|---|---|---|
| ACTIVIDAD | RESPONSABLE | FECHA |
| 1. Continuar brindando formación en el curso complementario Prácticas de cuidado y autocuidado para personas con discapacidad y sus cuidadores, de acuerdo con la planeación del programa de formación. | Instructora María Nury Polania Vargas | Noviembre-2025 |
| 2. Hacer la planeación correspondiente a cada sesión de formación según los avances y resultados. | Instructora María Nury Polania Vargas | Octubre- noviembre 2025 |
| 3. Subir juicios valorativos luego de la fecha de cierre de los cursos | Instructora María Nury Polania Vargas | Noviembre-2025 |
| CONCLUSIONES: | | |
| 1. Se cumple con las expectativas de los aprendices en cuanto a adquirir los conocimientos, la práctica y la competencia en el cuidado del paciente y el autocuidado. | | |
| 2. Se cierra la Ficha 3309875 del municipio de Palermo el 21 de octubre | | |
| 3. Se sube a la plataforma Sofía Plus los juicios valorativos de cada aprendiz | | |
| DATOS DEL CONTRATISTA | | |
| NOMBRE Y APELLIDO | FIRMA | |
| María Nury Polania Vargas |  | |
| VISTO BUENO SUPERVISOR | | |
| CARGO DEL SUPERVISOR | NOMBRE Y APELLIDO SUPERVISOR | FIRMA |
| COORDINADOR ACADEMICO | Jesús Boanerges Camero Camacho |  |

CONDICIONES DE TRANSPORTE

El pasajero debe abonar el boleto en la oficina del terminal. Valido para la fecha, hora respectiva, bus, puesto y destino en el indicado según el nivel de servicio, despacho y ruta asignada. El pasajero tiene derecho de transporte hasta 15 KG. de equipaje. La empresa no responde por mercancías cuyo contenido y manejo está al margen de la ley. Se sujetará a la ley de comercio.

La empresa no es responsable del traslado originado por riesgo de transporte. (Artículo 902, inciso 4 del C.C.). Demanda ante la empresa al momento de embarcar, la construcción del pasaje y toda impunidad al teléfono 835 0518.

COOTRANSLABOY NA
 Empresa Colombiana con Proyección Nacional
 NIT. 891.101.282-7

AGENCIA DE PASAJES PITALITO: 836 0517 - 836 8794 ++ NEIVA: 873 1168
 CALI: 661 8680 ++ POPAYÁN: 23 9215 ++ FLORENCIA: 35 5375 - 35 8353

Nombre del Pasajero: **MARIA NURY POLANIA RIVERA**

ORIGEN: **Neiva** DESTINO: **Rivera**

Nº. PASAJEROS: PUESTO (S): HORA: A.M. P.M.

VALOR UNITARIO: **10.000** VEHICULO: **2145864**

VALOR TOTAL: **2145864**

CONDICIONES DE TRANSPORTE

El pasajero debe abonar el boleto en la oficina del terminal. Valido para la fecha, hora respectiva, bus, puesto y destino en el indicado según el nivel de servicio, despacho y ruta asignada. El pasajero tiene derecho de transporte hasta 15 KG. de equipaje. La empresa no responde por mercancías cuyo contenido y manejo está al margen de la ley. Se sujetará a la ley de comercio.

La empresa no es responsable del traslado originado por riesgo de transporte. (Artículo 902, inciso 4 del C.C.). Demanda ante la empresa al momento de embarcar, la construcción del pasaje y toda impunidad al teléfono 835 0518.

COOTRANSLABOY NA
 Empresa Colombiana con Proyección Nacional
 NIT. 891.101.282-7

AGENCIA DE PASAJES PITALITO: 836 0517 - 836 8794 ++ NEIVA: 873 1168
 CALI: 661 8680 ++ POPAYÁN: 23 9215 ++ FLORENCIA: 35 5375 - 35 8353

Nombre del Pasajero: **Maria Nury Polania Rivera**

ORIGEN: **Neiva** DESTINO: **Neiva**

Nº. PASAJEROS: PUESTO (S): HORA: A.M. P.M.

VALOR UNITARIO: **10.000 =** VEHICULO: **2145865**

VALOR TOTAL: **2145865**

CONDICIONES DE TRANSPORTE

El pasajero debe abonar el boleto en la oficina del terminal. Valido para la fecha, hora respectiva, bus, puesto y destino en el indicado según el nivel de servicio, despacho y ruta asignada. El pasajero tiene derecho de transporte hasta 15 KG. de equipaje. La empresa no responde por mercancías cuyo contenido y manejo está al margen de la ley. Se sujetará a la ley de comercio.

La empresa no es responsable del traslado originado por riesgo de transporte. (Artículo 902, inciso 4 del C.C.). Demanda ante la empresa al momento de embarcar, la construcción del pasaje y toda impunidad al teléfono 835 0518.

COOTRANSLABOY NA
 Empresa Colombiana con Proyección Nacional
 NIT. 891.101.282-7

AGENCIA DE PASAJES PITALITO: 836 0517 - 836 8794 ++ NEIVA: 873 1168
 CALI: 661 8680 ++ POPAYÁN: 23 9215 ++ FLORENCIA: 35 5375 - 35 8353

Nombre del Pasajero: **Nury Polania Rivera**

ORIGEN: **Neiva** DESTINO: **Rivera**

Nº. PASAJEROS: PUESTO (S): HORA: A.M. P.M.

VALOR UNITARIO: **10.000 =** VEHICULO: **2145866**

VALOR TOTAL: **2145866**

CONDICIONES DE TRANSPORTE

El pasajero debe abonar el boleto en la oficina del terminal. Valido para la fecha, hora respectiva, bus, puesto y destino en el indicado según el nivel de servicio, despacho y ruta asignada. El pasajero tiene derecho de transporte hasta 15 KG. de equipaje. La empresa no responde por mercancías cuyo contenido y manejo está al margen de la ley. Se sujetará a la ley de comercio.

La empresa no es responsable del traslado originado por riesgo de transporte. (Artículo 902, inciso 4 del C.C.). Demanda ante la empresa al momento de embarcar, la construcción del pasaje y toda impunidad al teléfono 835 0518.

COOTRANSLABOY NA
 Empresa Colombiana con Proyección Nacional
 NIT. 891.101.282-7

AGENCIA DE PASAJES PITALITO: 836 0517 - 836 8794 ++ NEIVA: 873 1168
 CALI: 661 8680 ++ POPAYÁN: 23 9215 ++ FLORENCIA: 35 5375 - 35 8353

Nombre del Pasajero: **M: Nury Polania Rivera**

ORIGEN: **Rivera** DESTINO: **Neiva**

Nº. PASAJEROS: PUESTO (S): HORA: A.M. P.M.

VALOR UNITARIO: **10.000 =** VEHICULO: **2145867**

VALOR TOTAL: **2145867**

CONDICIONES DE TRANSPORTE

El pasajero debe abonar el boleto en la oficina del terminal. Valido para la fecha, hora respectiva, bus, puesto y destino en el indicado según el nivel de servicio, despacho y ruta asignada. El pasajero tiene derecho de transporte hasta 15 KG. de equipaje. La empresa no responde por mercancías cuyo contenido y manejo está al margen de la ley. Se sujetará a la ley de comercio.

La empresa no es responsable del traslado originado por riesgo de transporte. (Artículo 902, inciso 4 del C.C.). Demanda ante la empresa al momento de embarcar, la construcción del pasaje y toda impunidad al teléfono 835 0518.

COOTRANSLABOY NA
 Empresa Colombiana con Proyección Nacional
 NIT. 891.101.282-7

AGENCIA DE PASAJES PITALITO: 836 0517 - 836 8794 ++ NEIVA: 873 1168
 CALI: 661 8680 ++ POPAYÁN: 23 9215 ++ FLORENCIA: 35 5375 - 35 8353

Nombre del Pasajero: **Nury Polania Rivera**

ORIGEN: **Neiva** DESTINO: **Rivera**

Nº. PASAJEROS: PUESTO (S): HORA: A.M. P.M.

VALOR UNITARIO: **10.000 =** VEHICULO: **2145868**

VALOR TOTAL: **2145868**

CONDICIONES DE TRANSPORTE

El pasajero debe abonar el boleto en la oficina del terminal. Valido para la fecha, hora respectiva, bus, puesto y destino en el indicado según el nivel de servicio, despacho y ruta asignada. El pasajero tiene derecho de transporte hasta 15 KG. de equipaje. La empresa no responde por mercancías cuyo contenido y manejo está al margen de la ley. Se sujetará a la ley de comercio.

La empresa no es responsable del traslado originado por riesgo de transporte. (Artículo 902, inciso 4 del C.C.). Demanda ante la empresa al momento de embarcar, la construcción del pasaje y toda impunidad al teléfono 835 0518.

COOTRANSLABOY NA
 Empresa Colombiana con Proyección Nacional
 NIT. 891.101.282-7

AGENCIA DE PASAJES PITALITO: 836 0517 - 836 8794 ++ NEIVA: 873 1168
 CALI: 661 8680 ++ POPAYÁN: 23 9215 ++ FLORENCIA: 35 5375 - 35 8353

Nombre del Pasajero: **Nury Polania Rivera**

ORIGEN: **Rivera** DESTINO: **Neiva**

Nº. PASAJEROS: PUESTO (S): HORA: A.M. P.M.

VALOR UNITARIO: **10.000 =** VEHICULO: **2145869**

VALOR TOTAL: **2145869**

| | | |
|--|-----------------|--------------------------------|
| ASOCOALGECIRAS NIT. 900.271.861-1 SERVICIO DE COLECTIVOS INTERMUNICIPALES PASAJES ALGECIRAS CEL. 321 2481487 PASAJES NEIVA CEL. 311 541 2930 | | TIQUETE No. B |
| NEIVA - ALGECIRAS <input checked="" type="checkbox"/> ALGECIRAS - NEIVA <input type="checkbox"/> | \$16.000 | No. Interno |
| FECHA: 21 10 25 | | |
| | | |
| <small>Todo niño mayor de 3 años paga pasaje y ocupa el respectivo puesto (Según Ley 799 de 2002).</small> | | |

| | | |
|--|-----------------|-----------------------|
| ASOCOALGECIRAS NIT. 900.271.861-1 SERVICIO DE COLECTIVOS INTERMUNICIPALES PASAJES ALGECIRAS CEL. 321 2481487 PASAJES NEIVA CEL. 311 541 2930 | | TIQUETE No. |
| NEIVA - ALGECIRAS <input checked="" type="checkbox"/> ALGECIRAS - NEIVA <input checked="" type="checkbox"/> | \$16.000 | No. Interno |
| FECHA: 21 10 25 | | |
| | | |
| <small>Todo niño mayor de 3 años paga pasaje y ocupa el respectivo puesto (Según Ley 799 de 2002).</small> | | |

COOMOTOR
 NIT. 891100279
 Consulta pasajes en www.coomotor.com.co

DOCUMENTO EQUIVALENTE A BILLETE DE TRANSPORTE
 TERRE STRIKE DE FORNITORES

CUDE: **NMR-689260**
 3be29e329aaa6cd14f06e21f8dc7d0ec0b4c
 9ac15f511d333809ee8e741582b4b00e8cbe

Pasajero: **POCANIA VARGAS MARIA NURY**
 Cedula: 36181986 **3102143950**
 Origen: **NEIVA**
 Destino: **BARAYA**
 Salida: **Miercoles 29 de Octubre de 2025**
 Hora: **12:00**
 Servicio: HORA CERO | Serv. Bas. Viaje: 698212
 Vehículo: **057/ CIR - BARA** Puesto **02**
 Ruta: NEIVA-BARAYA-HC RD-05.00

Valor Pago: \$ 14.000

Clase Tarifa Tarifa Plena **Efectivo**

Aseguradora: La Equidad Seguros OC
 Póliza: INT AA034680-CAR AA034681-MIX AA0346

Señor usuario, al momento de comprar su tiquete tenga cuenta que debe estar 30 minutos ANTES DE LA HORA VIAJE. En caso de no poder viajar, favor una hora antes informar y penalización evitar.
 Ver políticas en coomotor.com.co con nosotros/organizac



| ORIGEN PASAJERO | DESTINO PASAJERO | FECHA EXPEDICIÓN |
|--------------------|------------------|--------------------|
| Neiva | Baraya | 22-10-25 |
| NOMBRE DE PASAJERO | | |
| Mo Nury Polania. | | |
| FECHA DE VIAJE | | HORA DE VIAJE |
| DA 22 | ME 10 | AÑO 25 |
| PLACA | | VALOR TOTAL PASAJE |
| | | \$14000= |



| ORIGEN PASAJERO | DESTINO PASAJERO | FECHA EXPEDICIÓN |
|--------------------|------------------|--------------------|
| Baraya | Neiva | 22-10-25 |
| NOMBRE DE PASAJERO | | |
| Nury Polania | | |
| FECHA DE VIAJE | | HORA DE VIAJE |
| DA 22 | ME 10 | AÑO 25 |
| PLACA | | VALOR TOTAL PASAJE |
| | | \$14000= |



| ORIGEN PASAJERO | DESTINO PASAJERO | FECHA EXPEDICIÓN |
|---------------------|------------------|--------------------|
| Baraya | Neiva | 29-10-25 |
| NOMBRE DE PASAJERO | | |
| Maria Nury Polania. | | |
| FECHA DE VIAJE | | HORA DE VIAJE |
| DA 29 | ME 10 | AÑO 25 |
| PLACA | | VALOR TOTAL PASAJE |
| | | \$14000= |

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> TELLO - NEIVA | SERVICIO INTERMUNICIPAL TAXIS TELLO CEL. 314 767 67 04 |
| <input checked="" type="checkbox"/> NEIVA - TELLO | |
| Fecha 23 Oct. 2025 | EMPRESA  |
| No. Interno | VALOR \$11.000 |
| PLACA VEHICULO: | |
| Maria Nury Polanco | No. DE PASAJEROS |
| LITOXEROX FOTOCOPIAS, TALONARIOS, ENCUADERNACIÓN, SELLOS DE CAUCHO, BINGOS, AFICHES, LAMINACIÓN Y TODO LO RELACIONADO CON LA IMPRESIÓN GRÁFICA. | |
| Carrera 7 No. 10-16 Palermo - Huila | |
| TODO NIÑO MAYOR DE 3 AÑOS PAGA PASAJE Y OCUPA EL RESPECTIVO PUESTO (SEGUN LEY 769 DE 2002) | |

| | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> TELLO - NEIVA | SERVICIO INTERMUNICIPAL TAXIS TELLO CEL. 314 767 67 04 |
| <input type="checkbox"/> NEIVA - TELLO | |
| Fecha 23 10 25 | EMPRESA  |
| No. Interno | VALOR \$11.000 |
| PLACA VEHICULO: | |
| Nury Polanco | No. DE PASAJEROS |
| LITOXEROX FOTOCOPIAS, TALONARIOS, ENCUADERNACIÓN, SELLOS DE CAUCHO, BINGOS, AFICHES, LAMINACIÓN Y TODO LO RELACIONADO CON LA IMPRESIÓN GRÁFICA. | |
| Carrera 7 No. 10-16 Palermo - Huila | |
| TODO NIÑO MAYOR DE 3 AÑOS PAGA PASAJE Y OCUPA EL RESPECTIVO PUESTO (SEGUN LEY 769 DE 2002) | |

| | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> TELLO - NEIVA | SERVICIO INTERMUNICIPAL TAXIS TELLO CEL. 314 767 67 04 |
| <input type="checkbox"/> NEIVA - TELLO | |
| Fecha 30 Oct. 25 | EMPRESA  |
| No. Interno | VALOR \$11.000 |
| PLACA VEHICULO: | |
| MARIA NURY POLANCO | No. DE PASAJEROS |
| LITOXEROX FOTOCOPIAS, TALONARIOS, ENCUADERNACIÓN, SELLOS DE CAUCHO, BINGOS, AFICHES, LAMINACIÓN Y TODO LO RELACIONADO CON LA IMPRESIÓN GRÁFICA. | |
| Carrera 7 No. 10-16 Palermo - Huila | |
| TODO NIÑO MAYOR DE 3 AÑOS PAGA PASAJE Y OCUPA EL RESPECTIVO PUESTO (SEGUN LEY 769 DE 2002) | |

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> TELLO - NEIVA | SERVICIO INTERMUNICIPAL TAXIS TELLO CEL. 314 767 67 04 |
| <input checked="" type="checkbox"/> NEIVA - TELLO | |
| Fecha 30 Oct. 2025 | EMPRESA  |
| No. Interno | VALOR \$11.000 |
| PLACA VEHICULO: | |
| Nury Polanco | No. DE PASAJEROS |
| LITOXEROX FOTOCOPIAS, TALONARIOS, ENCUADERNACIÓN, SELLOS DE CAUCHO, BINGOS, AFICHES, LAMINACIÓN Y TODO LO RELACIONADO CON LA IMPRESIÓN GRÁFICA. | |
| Carrera 7 No. 10-16 Palermo - Huila | |
| TODO NIÑO MAYOR DE 3 AÑOS PAGA PASAJE Y OCUPA EL RESPECTIVO PUESTO (SEGUN LEY 769 DE 2002) | |



REGISTRO DE ASISTENCIA / DÍA 24 DEL MES DE octubre DEL AÑO 2021

OBJETIVO (S)

| No | NOMBRES Y APELLIDOS | No. DOCUMENTO | PLANTA | CONTRATISTA | OTRO ¿CUAL? | DEPENDENCIA/ EMPRESA | CORREO ELECTRÓNICO | TELÉFONO/EXT. | AUTORIZA GRABACIÓN | FIRMA O PARTICIPACIÓN VIRTUAL |
|----|--------------------------------|---------------|--------|-------------|-------------|-----------------------|----------------------------|---------------|--------------------|-------------------------------|
| 16 | Sandra Winco | 55175012 | | | | Sandra Winco Zalcázar | | 314845678 | | Sandra Winco |
| 17 | Ruth del Carmen Vargas Cuellar | 55154188 | | | | | ruvorcuc@gmail.com | 320353389 | | Ruth Vargas Cuellar |
| 18 | Lubibia Herrera V | 26559037 | | | | | lubibia.vargas@gmail.com | 310420394 | | Lubibia Herrera V |
| 19 | Julián Rosa Urdinola | 26559473 | | | | | julianrosa.15729@gmail.com | 3214991015 | | [Firma] |
| 20 | Ana Delia Padomo | 36240113 | | | | | padomo1307@gmail.com | 3103366831 | | Ana. Padomo. |
| 21 | Lidia Maria Arcia Gato | 26593930 | | | | | lugarrezli.12@gmail.com | 3203610300 | | Lidia Maria Arcia |
| 22 | Dolores Castañeda | 26559503 | | | | | | 312422452 | | Dolores Castañeda |
| 23 | Carmen V. Vargas | 41702034 | | | | | | 3144673391 | | Carmen Vargas |
| 24 | Luz Mercedes Valdeirama | 26559471 | | | | | | 3232428401 | | Luz Mercedes Valdeirama |
| 25 | Stendy Cruz | 1081158388 | | | | | | 3105652311 | | Stendy Cruz |
| 26 | Martha Cecilia Castro Padomo | 26559917 | | | | | marthacastro72@gmail.com | 3123489362 | | Martha Castro Padomo |
| 27 | Diva Lizcano | | | | | | | 3197474764 | | Diva Lizcano |
| 28 | Vanessa Tobos | 36356486 | | | | | gmail.com | 3134691133 | | Vanessa Tobos |
| 29 | Mercedes Ospina | 26559775 | | | | | | 30022781 | | Mercedes Ospina |
| 30 | Esica Barrera | 1081153317 | | | | | ylb348523@gmail.com | 3214028526 | | [Firma] |

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.



RIVERA

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

OBJETIVO (S) *Brinda formación a la Aides 3328677 del municipio RIVERA*

| No | NOMBRES Y APELLIDOS | No. DOCUMENTO | PLANTA | CONTRATISTA | OTRO ¿CUAL? | DEPENDENCIA/ EMPRESA | CORREO ELECTRÓNICO | TELÉFONO/EXT. | AUTORIZA GRABACIÓN | FIRMA O PARTICIPACIÓN VIRTUAL |
|----|------------------------|---------------|--------|-------------|-------------|----------------------|-----------------------------|---------------|--------------------|-------------------------------|
| | Berthilderoncayo | 26525002 | | | | | Berthilderoncayo@gmail.com | 3786508707 | | Berthilderoncayo |
| | Yanfeli M. Pizarro | 36345486 | | | | | yanfeli.m.pizarro@gmail.com | 3134691133 | | Yanfeli M. Pizarro |
| | Elvio M. Moncayo | 26.553746 | | | | | elvio2419@pcon | 3125888502 | | <i>[Signature]</i> |
| | Lubibia Herrera Vargas | 26.559034 | | | | | lubibia.herrera@gmail.com | 3104203917 | | Lubibia Herrera Vargas |
| | Julia Rosa Horta | 26559473 | | | | | JuliaRosa15729@gmail.com | 3214991015 | | <i>[Signature]</i> |
| | Martha Rodríguez | 53-100037 | | | | | guterrez.juliana@gmail.com | 3112442475 | | Martha Rodríguez |
| | Johann Mario Arce | 26593930 | | | | | Jutierrezlubia@gmail.com | 3203610300 | | Johann Mario Arce |
| | Mercedes Ospina | 2659335 | | | | | mercedes.ospina@gmail.com | 300227861 | | Mercedes Ospina |
| | Nineth Pérez | 55117343 | | | | | yira.capera@hotmail.com | 3203361677 | | Nineth Pérez |
| | Martha A. Rodríguez | 36307141 | | | | | RodriguezYosaMartha | 3134439009 | | Martha A.R.Y. |
| | Ana Delia Padilla | 36240113 | | | | | padilla1302@gmail.com | 3105360831 | | Ana Padilla |
| | Ana María Aparicio | 5511630 | | | | | maria1108@gmail.com | 3108625045 | | Ana María Aparicio |
| | Neiza Perdomo | 26559246 | | | | | Santipib.64@gmail.com | 3172326528 | | <i>[Signature]</i> |
| | Isneda Latorre | 26559719 | | | | | esnerlatorsile@gmail.com | 3236173242 | | Isneda Latorre |
| | Rosa Nury Cruz | 39527260 | | | | | Rosa Nury Cruz | 3122437481 | | Rosa Nury Cruz |

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.



REGISTRO DE ASISTENCIA / DÍA 31 DEL MES DE Oct. DEL AÑO 2023

OBJETIVO (S) Brindar formación a la Ficha 3328677 del municipio Rivera

| No | NOMBRES Y APELLIDOS | No. DOCUMENTO | PLANTA | CONTRATISTA | OTRO ¿CUAL? | DEPENDENCIA/ EMPRESA | CORREO ELECTRÓNICO | TELÉFONO/EXT. | AUTORIZA GRABACIÓN | FIRMA O PARTICIPACIÓN VIRTUAL |
|----|------------------------|---------------|--------|-------------|-------------|----------------------|-------------------------|---------------|--------------------|-------------------------------|
| 1 | Jenny E. Ossot | 36168339 | | | | | 4141052016@gmail.com | 3172247766 | | Jenny E. Ossot |
| 2 | Moses Trujillo | 12110697 | | | | | moses.trujillo@...@ | 3784610821 | | Moses Trujillo |
| 3 | Lily Rodriguez | 26552223 | | | | | | 3144416570 | | Lily Rodriguez |
| 4 | Lucy Mercedes Valde | 26559471 | | | | | | 3132078407 | | Lucy Mercedes Valde |
| 5 | Alia M. Romo | 26553746 | | | | | | 3195888502 | | Alia M. Romo |
| 6 | Margoth Verga | 26559399 | | | | | | 3153539687 | | Margoth Verga |
| 7 | Ruth del Carmen Vargas | 55154188 | | | | | ruryarcu@gmail.com | 3203537584 | | Ruth del Carmen Vargas |
| 8 | Amira Escobar | 26559842 | | | | | | 3208194303 | | Amira Escobar |
| 9 | Labibia Herrera | 26559037 | | | | | | 3104203917 | | Labibia Herrera |
| 10 | Juliana Rosales | 26559473 | | | | | | 3214991015 | | Juliana Rosales |
| 11 | Rosa Nury Cruz | 39527260 | | | | | | 3122437481 | | Rosa Nury Cruz |
| 12 | Luz Damián | 51946618 | | | | | crayly.guevan@... | 3104581502 | | Luz Damián |
| 13 | Yineth Pérez | 55117343 | | | | | yira.capera@hotmail.com | 3203361677 | | Yineth Pérez |
| 14 | Ana Delia Padano | 36240113 | | | | | | 3103366831 | | Ana Delia Padano |
| 15 | Marta Elcy Pérez | 36177247 | | | | | | 315446645 | | Marta Elcy Pérez |

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.



Magister

REGISTRO DE ASISTENCIA / DÍA 21 DEL MES DE octubre DEL AÑO 2025

OBJETIVO (S) *Brindar formación a la Ficha 3309875 del municipio ALBECIRAS.*

| No | NOMBRES Y APELLIDOS | No. DOCUMENTO | PLANTA | CONTRATISTA | OTRO ¿CUAL? | DEPENDENCIA/ EMPRESA | CORREO ELECTRÓNICO | TELÉFONO/EXT. | AUTORIZA GRABACIÓN | FIRMA O PARTICIPACIÓN VIRTUAL |
|----|---------------------|---------------|--------|-------------|-------------|----------------------|------------------------------|---------------------|--------------------|-------------------------------|
| 1 | Liliana Perdomo | 76982547 | | | | | | 37230974 | | Liliana Perdomo |
| 2 | Lucinda Gomez | 26449579 | | | | | | 312595687 | | Lucinda Gomez |
| 3 | Erica Espinoza | 55200120 | | | | | | 313821585 | | Erica E |
| 4 | Liliana Espinoza | 65827460 | | | | | | 3134771343 | | Liliana Espinoza |
| 5 | Katerine Velazquez | 103062549 | | | | | | 322788054 | | Katerine Velazquez |
| 6 | Florely Cisneros | 52358.882 | | | | | | 321904022 | | Florely Cisneros |
| 7 | Devie Rosales | 55149414 | | | | | | 312533035 | | Devie Rosales |
| 8 | Yolanda Cruz | 55143038 | | | | | | 32252372 | | Yolanda Cruz |
| 9 | Elis Cruz | 55746828 | | | | | | 33358227 | | Elis Cruz |
| 10 | Maria Susana Leon | 55120077 | | | | | 3743617832 | 31335232 | | Maria Susana Leon |
| 11 | Maria Susana Leon | 55720074 | | | | | | 3743617832 | | Maria Susana Leon |
| 12 | Yenny Zambrano | 12258925 | | | | | | 321256497 | | Yenny Zambrano |
| 13 | German D. Espinoza | 1076982132 | | | | | | 3132609752 | | German Espinoza |
| 14 | Elvia Nuñez | 55144503 | | | | | | 3138119057 | | Elvia Nuñez |
| 15 | Diano Nuñez | 1076982636 | | | | | dianomaretonunez39@gmail.com | 3232529660 | | Diano Nuñez |

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.



REGISTRO DE ASISTENCIA / DÍA 29 DEL MES DE octubre DEL AÑO 2025

OBJETIVO (S) Asistir formados a la Ficha 3328589 del municipio BARAYA.

| No | NOMBRES Y APELLIDOS | No. DOCUMENTO | PLANTA | CONTRATISTA | OTRO ¿CUAL? | DEPENDENCIA/ EMPRESA | CORREO ELECTRÓNICO | TELÉFONO/EXT. | AUTORIZA GRABACIÓN | FIRMA O PARTICIPACIÓN VIRTUAL |
|----|-------------------------|---------------|--------|-------------|-------------|----------------------|----------------------------------|---------------|--------------------|-------------------------------|
| | Gloria Silva | 26459547 | | | | | | 3132541824 | | Gloria Silva |
| | Maria Violeta Castaño | 26459005 | | | | | | 3223975046 | | M. Violeta Castaño |
| | Lucelida López | 40729540 | | | | | | 3133838533 | | |
| | FRANK ROSALES | 79.067.225 | | | | | | 3227605372 | | |
| | Edna G Cano | 26.459.613 | | | | | | 3163332178 | | Edna G Cano |
| | Maithe Esiera | 26.459135 | | | | | | 3138293573 | | Maithe Esiera |
| | Nelida Piles | 26458826 | | | | | | 3144553662 | | Nelida Piles |
| | Angela Caviedes | 1075291762 | | | | | cruzcaviedes592@gmail.com | 3227610146 | | Angela Cruz |
| | Carolina Cardo | 26160183 | | | | | | 3177070987 | | Carolina Cardo |
| | Floriselda G | 264169559 | | | | | | 3114477256 | | Floriselda G |
| | DEISY CHACON | 26478226 | | | | | deisyhacommulano@gmail.com | 3155210799 | | DEISY CHACON |
| | Bryan Velazquez | 83220579 | | | | | | 3223905304 | | Bryan Velazquez |
| | Fidelina Anapora | 36773558 | | | | | | 3115988576 | | |
| | Roberto Quintero | 83220803 | | | | | | 320898916 | | |
| | Gerardo Roberto Polanco | 26.460.308 | | | | | Suehr milere Polanco 7@gmail.com | 3174130456 | | |

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.



REGISTRO DE ASISTENCIA / DÍA 22 DEL MES DE octubre DEL AÑO 2025

OBJETIVO (S) *brindar formación a la Aicha 3328589 del municipio BARRA*

| No | NOMBRES Y APELLIDOS | No. DOCUMENTO | PLANTA | CONTRATISTA | OTRO ¿CUAL? | DEPENDENCIA/ EMPRESA | CORREO ELECTRÓNICO | TÉLEFONO/EXT. | AUTORIZA GRABACIÓN | FIRMA O PARTICIPACIÓN VIRTUAL |
|----|---------------------|---------------|--------|-------------|-------------|----------------------|---------------------|---------------|--------------------|-------------------------------|
| | Rodrigo Pedraza | 83221083 | | | | | | 3153385324 | | <i>Rodrigo</i> |
| | Juz Argenti Macias | 26459269 | | | | | | 3137614549 | | <i>Juz Argenti Macias</i> |
| | Luis Alfredo Salas | 79332832 | | | | | | 3118988070 | | <i>Luis</i> |
| | Mina A Pedraza | 7678777367 | | | | | | 3279157298 | | <i>Mina Pedraza</i> |
| | Angelico Hernandez | 1078776468 | | | | | | 3222769981 | | <i>Angelico Hernandez</i> |
| | Rubon Sanchez | 1078776349 | | | | | | 3229008933 | | <i>Rubon</i> |
| | Damaris Hermosa | 26459129 | | | | | damarish72@hotmail | 3202609234 | | <i>Damaris Hermosa</i> |
| | Martony Rendón | 26458819 | | | | | mapesec@hotmail | 3143467477 | | <i>Martony Rendón</i> |
| | Esmeralda | 26459226 | | | | | esmeralda@gmail.com | 3107989128 | | <i>Esmeralda</i> |
| | Ramiro Aguilar | 83015000 | | | | | | 3124723574 | | <i>Ramiro Aguilar</i> |
| | Luz Mercedes Rojas | 55168374 | | | | | | 3033368716 | | <i>Luz Mercedes</i> |
| | Melba Lora | 26459772 | | | | | | 3792477556 | | <i>Melba Lora</i> |
| | Lida Maria | 26458375 | | | | | | 3132003447 | | <i>Lida Maria</i> |
| | Luz Melida Parra | 36304111 | | | | | | 3152890185 | | <i>Luz Melida</i> |
| | Jose Ignacio Avila | 83222410 | | | | | | 3104119056 | | <i>Jose Ignacio Avila</i> |

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.



REGISTRO DE ASISTENCIA / DÍA 30 DEL MES DE Oct. DEL AÑO 2025

OBJETIVO (S) Brindar formación a la ficha 3309837. del municipio TELLO.

| No | NOMBRES Y APELLIDOS | No. DOCUMENTO | PLANTA | CONTRATISTA | OTRO ¿CUAL? | DEPENDENCIA/ EMPRESA | CORREO ELECTRÓNICO | TELÉFONO/EXT. | AUTORIZA GRABACIÓN | FIRMA O PARTICIPACIÓN VIRTUAL |
|----|------------------------|---------------|--------|-------------|-------------|----------------------|--|----------------|--------------------|-------------------------------|
| | Socorro Arbaloez | 36089177 | | | | | | 3124667502 | | Socorro Arbaloez |
| | Lili Cordero | 1082804408 | | | | | | 3115265137 | | Lili Cordero |
| | Alba Milena S. | 26585178 | | | | | myleyta72@hotmail.com | 3208590120 | | Alba Milena S. |
| | MELVA RODRIGUEZ | 26585618 | | | | | Rodriguez de pastoran melva@gmail.com | 312524 6247 | | Melva Rodriguez R. |
| | Mabel Pastran | 1082802710 | | | | | mabel.pastran@comcast.net | 315870 8547 | | Mabel Pastran |
| | Beatriz Pivas | 31892581 | | | | | jaespi2018@gmail.com | 3153826844 | | Beatriz Pivas |
| | Maria Lourdes Pava | 26585327 | | | | | | | | Maria Lourdes Pava |
| | Esperanza Solano M | 26585128 | | | | | | 3125642636 | | Esperanza Solano M |
| | Luz Marina Medina | 26584698 | | | | | | 316547 6323 | | Luz Marina Medina |
| | Rian Cortina | 26584582 | | | | | | 32223313 04 | | Rian Cortina |
| | Maria del Mar Fajardo | 1003631067 | | | | | maridelmari.fajardo@gmail.com | 3013192604 | | Maria del Mar Fajardo |
| | MARIA ORFASILVA | 1088251296 | | | | | mario orfasilva@gmail.com | 322685 8806 | | Maria Orfasilva |
| | Aminta Hernandez | 26468102 | | | | | | 314437 7403 | | Aminta Hernandez |
| | Maria Adela Molina | 1026562677 | | | | | maria.molina.yague@gmail.com | 3208590963 | | Maria Adela Molina |
| | Maria Constanza Garzón | 52440890 | | | | | Mariagarzon483@gmail.com | 3105802072 | | Maria Garzón |

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.



Tello

REGISTRO DE ASISTENCIA / DÍA 27 DEL MES DE Oct. DEL AÑO 2025

OBJETIVO (S) Brindar formación a la ficha 3309837 del municipio TELLO

| No | NOMBRES Y APELLIDOS | No. DOCUMENTO | PLANTA | CONTRATISTA | OTRO ¿CUAL? | DEPENDENCIA/ EMPRESA | CORREO ELECTRÓNICO | TELÉFONO/EXT. | AUTORIZA GRABACIÓN | FIRMA O PARTICIPACIÓN VIRTUAL |
|----|---------------------|---------------|--------|-------------|-------------|----------------------|--------------------------------|---------------|--------------------|-------------------------------|
| 31 | Kelly Johana Tovar | 26586107 | | | | | KellyTovar4782@gmail.com | 3212639591 | | Kelly Johana Tovar Rojas |
| 32 | Aracelys Marlin | 26478233 | | | | | aracelynavelin@gmail.com | 3152193321 | | Aracely Navelin H. |
| 33 | Ambario Goitez E | 26584754 | | | | | | 3214337192 | | Ambario Goitez E. |
| 34 | Monica Yañez | 36314992 | | | | | moFelavi@hotmail.com | 3204463458 | | Monica Yañez |
| 35 | Yenid Dora B | 26586011 | | | | | | 3114706943 | | Yenid Dora B |
| 36 | Camila Rivera | 1082806060 | | | | | | | | Camila Rivera |
| 37 | Maria Forguet | 1003631067 | | | | | mariaadelmar.forguet@gmail.com | 3013192694 | | Maria Forguet |
| 38 | Maria Viquez L | 1082806782 | | | | | goffv3rupo@gmail.com | 3152432089 | | Maria Viquez L |
| 39 | Kelly Kuyner Ley | 100434215 | | | | | Reyeskuhy066@gmail.com | 3175112398 | | Kelly Kuyner |
| 40 | Silvana Garzon | 1006845978 | | | | | Silvalobaciuz@gmail.com | 3203278300 | | Silvana Garzon |
| 37 | Maria ZENIDAL | 26585828 | | | | | | | | Maria ZENIDAL |
| 43 | clina misia | 26586023 | | | | | | | | clina misia |
| | MARIA OFELIA SILVIA | 1085251290 | | | | | mariaofeliasilvia@gmail.com | 3144377403 | | MARIA OFELIA SILVIA |
| | MARIA OFELIA SILVIA | 1085251290 | | | | | | 3226858806 | | MARIA OFELIA SILVIA |
| | Maria Luz Y Sanchez | 265842386 | | | | | | 3127916722 | | Maria Luz Y Sanchez |

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.













PROCESO DE GESTIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL
FORMATO GUÍA DE APRENDIZAJE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA GUIA DE APRENDIZAJE

Denominación del Programa de Formación: PRACTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SUS CUIDADORES

Código del Programa de Formación: 33130173

Nombre del Proyecto Formativo (si aplica): Curso Complementario

Fase del Proyecto (si aplica):

Actividad de Proyecto Formativo (si aplica):

Competencia: Cuidar personas según protocolos de actividades básicas cotidianas y grado de autonomía

Resultados de Aprendizaje: 1. Reconocer los derechos, redes de apoyo y rutas de atención para personas en condición de discapacidad, según normatividad vigente. 2. Aplicar cuidado básicos y de autocuidado, teniendo en cuenta tipo de discapacidad, niveles de dependencia y autonomía. 3. Prevenir los riesgos asociados al cuidado de personas en situación de discapacidad, teniendo en cuenta alertas tempranas. 4. Fomentar el desarrollo de la autonomía, participación e inclusión social de personas teniendo en cuenta su condición de discapacidad y características de sus cuidadores

Duración de la Guía de Aprendizaje (horas): 48 horas

2. PRESENTACIÓN

El cuidado integral y el autocuidado son pilares fundamentales para mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. Esta presentación aborda estrategias prácticas para fomentar el bienestar físico, emocional y social tanto de las personas con discapacidad como de quienes les brindan apoyo, reconociendo los desafíos únicos que enfrentan en el contexto actual. Conocer y utilizar estos recursos puede transformar radicalmente la experiencia del cuidado, aliviando cargas económicas y emocionales mientras se accede a servicios especializados.

Recordemos que el cuidado integral no solo mejora la calidad de vida, sino que también construye una sociedad más inclusiva y comprensiva. El camino puede ser desafiante, pero con las herramientas adecuadas y apoyo mutuo, es posible alcanzar un bienestar pleno y significativo.

3. FORMULACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

Actividades de reflexión inicial:



Descripción de la actividad: En grupos, luego de leer el estudio de caso, responder y Reflexionar sobre las preguntas formuladas.

Ambiente requerido: Auditorio

Estrategias o técnicas didácticas activas: Lectura Estudio de Caso

Materiales de formación: lectura

Material de apoyo: Preguntas guías de la reflexión: PREGUNTAS: ¿Qué dificultades emocionales experimenta Juan?, ¿Qué estresores psicosociales presenta el caso? ¿Cuáles serían los objetivos de intervención psicológica? Proponga un plan de intervención cognitivo conductual

Duración de la actividad: 2 horas.

Caso clínico Juan Pérez, Cuidador Primario Informal Paciente: María Pérez, 65 años, diagnóstico de cáncer de páncreas en fase terminal. Cuidador Primario: Juan Pérez, 42 años, hijo único de María. Contexto Familiar: Juan vive con su madre, está divorciado y tiene dos hijos pequeños a su cargo. Desde el diagnóstico terminal de su madre, ha asumido todas las responsabilidades del cuidado. Juan ha sido el cuidador primario de su madre durante el último año, cuando su estado de salud comenzó a deteriorarse rápidamente. Debido a la avanzada etapa de la enfermedad, María requiere atención constante, lo que incluye ayuda para alimentarse, higiene personal y manejo del dolor. Desde que comenzó a cuidar a su madre, Juan ha dejado de tener contacto regular con amigos y familiares. Ha tenido que reducir sus horas laborales, lo que le impide socializar y participar en actividades fuera del hogar. Juan tiene poca o ninguna ayuda de familiares cercanos, y siente que la responsabilidad del cuidado ha recaído completamente sobre él. Esto genera resentimiento hacia sus parientes. Se siente culpable por no poder dedicar tiempo suficiente a sus hijos debido al cuidado intensivo de su madre.

Juan reporta sentir un constante agotamiento mental y físico. Está en alerta continua por temor a que su madre empeore de repente, lo que le genera ansiedad. Juan reporta sentir un constante agotamiento mental y físico. Está en alerta continua por temor a que su madre empeore de repente, lo que le genera ansiedad. Juan experimenta sentimientos de culpa por tener pensamientos negativos sobre el cuidado de su madre y desear a veces "que todo termine" para aliviar su propia carga emocional. Manifiesta síntomas como fatiga constante, dificultades para concentrarse, insomnio y pérdida de interés en actividades que solía disfrutar. Ha llorado en varias ocasiones, sintiendo que "no puede más". Juan ha tenido que reducir sus horas de trabajo para cuidar a su madre, lo que ha afectado gravemente su situación económica. Actualmente enfrenta dificultades para pagar las cuentas del hogar, medicamentos y tratamientos paliativos para su madre. Ha tenido que recurrir a préstamos para cubrir los costos médicos y domésticos, lo que le genera preocupación constante por el futuro financiero de su familia



PREGUNTAS: ¿Qué dificultades emocionales experimenta Juan?, ¿Qué estresores psicosociales presenta el caso? ¿Cuáles serían los objetivos de intervención psicológica? Proponga un plan de intervención cognitivo conductual

3.1 Actividades de contextualización e identificación de conocimientos necesarios para el aprendizaje:

Descripción de la actividad: Normatividad La-Ley-1346-de-2009-Un Pilar para la Inclusion en Colombia. Ley-Estatutaria 1618 de 2013-Derechos-Garantizados. Politica Publica de Discapacidad e Inclusion Social 2013-2022.

Ambiente requerido: Auditorio

Estrategias o técnicas didácticas activas: Debate y discusión: Se fomenta el diálogo y la argumentación para que los aprendices desarrollen habilidades de comunicación y pensamiento crítico

Materiales de formación: La Ley 1346 de 2009, al ratificar la Convención de la ONU, transformó el marco legal colombiano para las personas con discapacidad. Ley Estatutaria 1618 de 2013: Derechos Garantizados Promulgada en Colombia el 27 de febrero de 2013, esta ley fundamental busca garantizar los derechos plenos de las personas en situación de discapacidad. Impacta a más de 3.1 millones de colombianos, fomentando activamente la inclusión y combatiendo la discriminación en todos los ámbitos. Política Pública de Discapacidad e Inclusión Social (2013-2022) detalla la Política Pública Nacional de Discapacidad e Inclusión Social (PPNDIS) de Colombia, establecida en 2013. Su objetivo principal es garantizar los derechos y la plena participación de más de 3.2 millones de personas con discapacidad en el país, alineándose con la Convención de la ONU.

Duración de la actividad: 8 horas

3.2 Actividades de apropiación:

Descripción de la actividad: Consejos claves para cuidadores y herramientas esenciales para apoyar a pacientes con enfermedades neurodegenerativas, abordando los desafíos y priorizando el bienestar tanto del cuidador como del paciente.

Ambiente requerido: Auditorio

Estrategias o técnicas didácticas activas: Aprendizaje basado en problemas (ABP):

Los estudiantes resuelven problemas auténticos que los desafían a aplicar sus conocimientos y habilidades.

Materiales de formación: Preguntas centradas en el Rol vital del cuidador

Material de apoyo: Piensa como quieres hacer compatible la tarea del cuidado con tu vida personal - Busca Información y Apoyo - Establece Rutinas y Adáptate – Recursos esenciales para el cuidador

Evidencias de aprendizaje: Abordar desafíos complejos – Ejercicio experiencias individuales

Instrumentos de evaluación: Trabajo en Equipo- Situaciones en común de Experiencias individuales



Duración de la actividad: 8 horas.

Descripción de la actividad: Practicas de cuidado y autocuidado para personas con discapacidad y sus cuidadores

Ambiente requerido: Auditorio

Estrategias o técnicas didácticas activas: Aprendizaje por descubrimiento

Materiales de formación: Cuidado emocional y mental – Síndrome del cuidador

Material de apoyo: Recursos y Redes de apoyo

Evidencias de aprendizaje: Reflexión -Hacia un futuro más accesible

Instrumentos de evaluación: Estrategias de cambio – ejercicio individual

Duración de la actividad: 4 horas.

| | |
|---|---|
|  | Grupos Comunitarios Asociaciones locales como "Juntos por la Inclusión" y "Red de Apoyo Familiar" que ofrecen encuentros semanales, intercambio de experiencias y apoyo emocional. |
|  | Servicios Públicos Programas gubernamentales que proveen subsidios para adaptaciones del hogar, servicios de rehabilitación gratuitos y asesoría legal sobre derechos de las personas con discapacidad. |
|  | Plataformas Digitales Recursos en línea como "CapacitaInclusion.org" y aplicaciones como "CuidApp" que ofrecen cursos gratuitos, foros de consulta y conexión con especialistas. |

Descripción de la actividad: Concepto y Tipos de discapacidad

Ambiente requerido: Auditorio

Estrategias o técnicas didácticas activas: Aprendizaje cooperativo – los aprendices socializan en grupos pequeños sobre la discapacidad de sus pacientes, para lograr concretar objetivos comunes y el apoyo mutuo.

Materiales de formación: Discapacidad Física y motora, Discapacidad sensorial, Discapacidad intelectual y mental, Pluridiscapacidad y contexto social

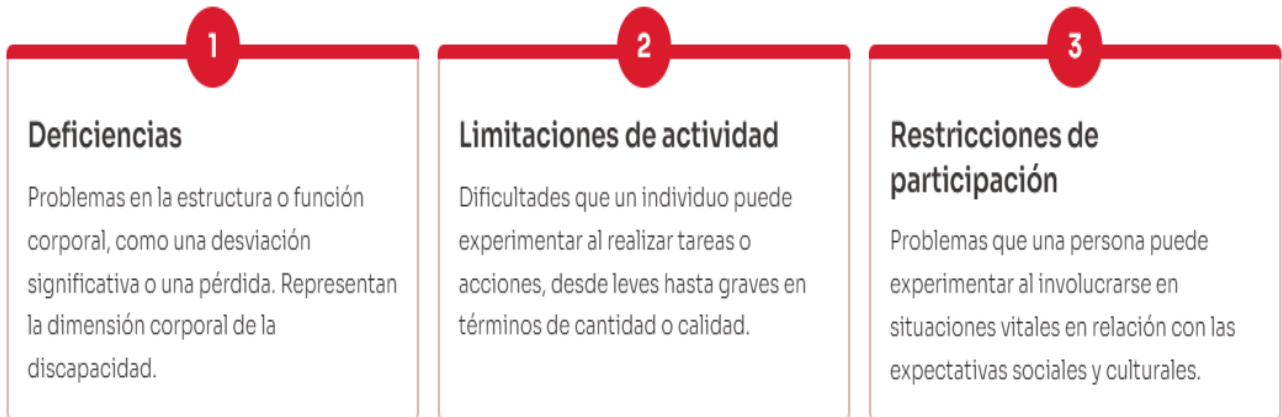
Material de apoyo: Estudios de caso y diagnosticos

Evidencias de aprendizaje: Abordarla discapacidad de Mi paciente – Ejercicio

Instrumentos de evaluación: Ejercicio práctico: – Mi Paciente - 10 características de su discapacidad



Duración de la actividad: 8 horas.



Descripción de la actividad: Dependencia y Autonomía - Una exploración detallada de los conceptos fundamentales que impactan la calidad de vida de las personas con necesidades de apoyo, sus implicaciones prácticas y los modelos de intervención.

Ambiente requerido: Auditorio

Estrategias o técnicas didácticas activas: Aprendizaje Experiencial

Materiales de formación: Trastornos de Ansiedad. Trastornos Depresivos. Trastorno Bipolar y Toc-

Material de apoyo: Impacto socioeconómico y estigmatización

Evidencias de aprendizaje: Reconocimiento – Tratamiento y Apoyo– Ejercicio

Instrumentos de evaluación: Guía de observación - Registro

Duración de la actividad: 8 horas.

3.3 Actividades de Transferencia el Conocimiento:

Descripción de la actividad: Cuidados Básicos – Higiene y Baño -

Ambiente requerido: Auditorio

Estrategias o técnicas didácticas activas: Aprendizaje invertido: Los aprendices revisan contenidos previos a la formación, como videos y lecturas, luego realizan actividades prácticas y discusiones.

Materiales de formación: Cuidado de la Piel: Prevención de Lesiones – posicionamiento y movilidad - masajes y ejercicios terapéuticos -

Material de apoyo: Pautas de atención: Atención centrada en la persona, comunicación efectiva – rutinas estructuradas – participación activa.

Evidencias de aprendizaje: investigación sobre Riesgos (conceptos y tipos)

Instrumentos de evaluación: Ejercicio práctico: – evaluación de Riesgos de su paciente

Duración de la actividad: 4 horas.



Descripción de la actividad: Sobrecarga del cuidador: Una mirada profunda al impacto físico, emocional y social de cuidar a otros

Ambiente requerido: Auditorio

Estrategias o técnicas didácticas activas: Aprendizaje experiencial en el que los aprendices cuentan sus experiencias y aplican sus conocimientos situaciones reales reflexionando sobre sus aprendizajes.

Materiales de formación: Señales de alerta: físicas, emocionales y sociales

Material de apoyo: Factores de Riesgo e impactos en la salud del cuidador. Estrategias de prevención

Evidencias de aprendizaje: Plan de estrategias de prevención según la situación individual

Instrumentos de evaluación: Ejercicio práctico: – Mi Compromiso con mi salud mental y bienestar general

Duración de la actividad: 6 horas.

4. PLANTEAMIENTO DE EVIDENCIAS DE APRENDIZAJE PARA LA EVALUACIÓN EN EL PROCESO FORMATIVO.

| Fase del proyecto formativo | Actividad del proyecto formativo | Actividad de Aprendizaje | Evidencias de Aprendizaje | Criterios de Evaluación | Técnicas e Instrumentos de Evaluación |
|-----------------------------|----------------------------------|--|--|---|---|
| | | -Normatividad: política pública de discapacidad -Rutas y Redes de apoyo social - Aspectos básicos del cuidado - Estrategias de prevención frente al riesgo del Síndrome del agotamiento y la tensión | Evidencias de Conocimiento Evidencias de Desempeño Evidencias de Producto: | El aprendiz: Identifica los conceptos referentes al cuidado y autocuidado de la persona con discapacidad y su rol de cuidador Reconoce los aspectos básicos del cuidado: Clasifica los riesgos según el tipo de discapacidad Aplica la información de | Formatos Pruebas Formularios Cuestionarios |



| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| | | | | los factores de riesgo, prevención e intervención a su salud mental | |
|--|--|--|--|---|--|

5. GLOSARIO DE TÉRMINOS

Discapacidad: situación con deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales

Lenguaje inclusivo: Terminos que reflejan la diversidad y la dignidad de las personas con discapacidad

Discapacidad física: limitaciones en la movilidad o en el uso del cuerpo

Discapacidad sensorial: Limitaciones en la vista, el oído, el tacto, el gusto o el olfato

Discapacidad intelectual: Limitaciones en las funciones cognitivas y la adaptación al entorno

Discapacidad psicosocial: Dificultades en la salud mental que afectan el funcionamiento e interacción social y la participación

Discapacidad del desarrollo: Limitaciones que se manifiestan durante la infancia y afectan el desarrollo físico, cognitivo, emocional o social.

Discapacidad multiple: La presencia de dos o mas discapacidades. Comorbilidades a raíz de una discapacidad

6. REFERENTES BIBLIOGRÁFICOS

Erazo, L. R., & Gálvez, A. L. B. (2021). *MEDICINA CONDUCTUAL: Avances y Perspectivas*. México: Primera Edición.

Qartuppi. Suárez, N. P. C., & Suárez, C. L. C. (2019). *Manual de intervenciones cognitivo conductuales aplicadas a enfermedades crónicas*. Editorial El Manual Moderno

Claessens, B. J., Van Erde, W., Rutte, C. G., & Roe, R. A. (2007). A review of the time management literature. *Personnel Review*, 36(2), 255-276.



Fernández, J., Siegrist, J., Rödel, A., & Hernández, R. (2003). El estrés laboral: un nuevo factor de riesgo. ¿Qué sabemos y qué podemos hacer? *Atención primaria*, 31(8), 1-10.

González, Mata y Mena (2007) Trastornos De Ansiedad–Depresión En El Entorno De La Contingencia Común. Consultado el día 02 de septiembre de 2022. De:



tp://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/7026/1/TRASTORNOS%20%20DE%20ANSIEDAD-DEPRESION.pdf

Gutiérrez, G., Celis, M., Moreno, S., Farias, F., & Campos, J. (2006). Síndrome de burnout. *Archivos de Neurociencias*, 11(4), 305-309.

Martínez, D. (2001). Evolución del concepto de trabajo emocional: dimensiones, antecedentes y consecuencias. Una revisión teórica. *Journal of Work and Organizational Psychology*, 17(2), 131-153.

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2013). *Salud Mental Guía del Promotor Humanitario*. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31342/salud-mental-guia-promotor.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Zohn, T. (2015). ¿Cuándo y por qué ir a terapia? *Revista Mirada*, 19 (5), 1-6.

7. CONTROL DEL DOCUMENTO

| | Nombre | Cargo | Dependencia | Fecha |
|-------------------|---------------------------|---------------------------|-----------------------------|--------------|
| Autor (es) | María Nury Polania Vargas | Instructor (psicóloga) | Formación complementaria | Junio - 2025 |

8. CONTROL DE CAMBIOS (diligenciar únicamente si realiza ajustes a la guía)

| | Nombre | Cargo | Dependencia | Fecha | Razón del Cambio |
|-------------------|--------|-------|-------------|-------|------------------|
| Autor (es) | | | | | |