SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL CÓRDOBA
CENTRO AGROPECUARIO Y DE BIOTECNOLOGIA EL PORVENIR-CORDOBA - EM

Código Regional	**23**
Código Centro	**911510**
Fecha Elaboración	**Octubre de 2020**
Versión	**AGOSTO 2020 - 5,20**
ID de Proceso	**15148-002819**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	BENITO SIMON VELEZ SOTO	**C.C.**	78.019.109	**IP/Nº de contacto**	3045460449
Correo electrónico contratista:	bvelezs@sena.edu.co				

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** SI **Es Pensionado?** NO

Sus ingresos en el 2019 Superaron $47.978.000 NO **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** SI

Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 68100018580

Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato? NO **Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2020 supera los $ 117.503.000** NO

Tiene contratos de prestación de servicios con otras Entidades Públicas: N/A

Se acogió para el mes anterior, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558: N/A

Se acogió para el mes objeto de cobro, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558: N/A

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato: 1338591/2020 **Nº Compromiso SIIF** **34220**

Valor Total del Contrato	$ 31.517.200	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 6.524.614	**9**	**Del**	**01/10/2020**	**Al**	**31/10/2020**	**$ 3.317.600,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 3.207.014		Comisiones			$ 479.740,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.317.600		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 479.740		Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.797.340**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.564.280**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Octubre	Septiembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**8609918886**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.327.040	$ 1.327.040
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 165.900	$ 165.900
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 212.400	$ 212.400
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 13.900	$ 13.900
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.560.700	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.139.424	$ -	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 854.760	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.564.280,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.419.040,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	6.838,00	0,200%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$ 3.310.762,00**	

SON: TRES MILLONES TRESCIENTOS DIEZ MIL SETECIENTOS SESENTA Y DOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se realizaron estrategias de aprendizaje de manera presencial y por medios de herramientas tecnológicas; Realizando talleres, cuestionarios de apoyo, y plan de trabajo.
Ficha 2185179 - Emprendedor en producción de especies Piscícolas. Ficha 2166864 - Emprendedor en producción de especies Piscícolas. Competencia:Programar proyectos según especificaciones técnicas y métodos de planeación. Resultados de aprendizaje: Determinar las actividades a desarrollar en la formulación del proyecto según idea Seleccionada y herramientas de planeación.
Ficha: 2160913 - emprendedor en producción de cerdo cebado.-Ficha: 2179380 - emprendedor en procesamiento artesanal de Derivados frutas y hortalizas.-Ficha 2162719 - emprendedor en transformación de plátano.Ficha 2184938 - emprendedor en elaboración de derivados lacteos
PROGRAMA : SENA EMPRENDE RURAL (SER)

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 diligenciados.

BENITO SIMON VELEZ SOTO
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui 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,

JIMMY TORRES BUSTILLO
INSTRUCTOR G20

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

JOSÉ NICOLAS BARRIOS SIERRA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

23/10/2020 16:24:09 Cajero: mllorent

Oficina: 2715 - CERETE
Terminal: B2715CJ040EV Operación: 130291908

Transacción: RECAUDO DE CONVENIOS

Valor:	**$398,900.00**
Costo de la transacción:	$0.00
Iva del Costo:	$0.00
GMF del Costo:	$0.00

Medio de Pago: EFECTIVO
Convenio: 12429 PLANILLA ASISTIDA -ASOPAGO
Ref 1: 8609918886
Ref 2: 0007801910920200 9

Antes de retirarse de la ventanilla por favor verifique que la transacción solicitada se registró correctamente en el comprobante. Si no está de acuerdo infórmele al cajero para que la corrija. Cualquier inquietud comuníquese en Bogotá al 5948500 resto de

Banagrario

ASOPAGOS S.A.

PLANILLA PARA PAGO PROGRAMADO SÓLO EN BANCO AGRARIO
RESULTADO GENERACIÓN PLANILLA

Razón social	BENITO SIMON VELEZ SOTO
Identificación	CC-78019109
Código dependencia o sucursal	0
Nombre dependencia o sucursal	BENITO SIMON VELEZ SOTO
Fecha de generación del reporte	2020-10-23
Período pensión	202009
Período salud	202009

Digite el número de planilla de acuerdo a la fecha en que el aportante realice el pago

Número de identificación

78019109

Período pensión

202009

Cantidad de registros

3

Fecha límite de pago	Número de planilla	Total a pagar	Total seguridad social	Valor transacción financiera	Tipo de planilla	Estado
2020-10-26	8609918886	$398.900	$398.900	$0	I	Lista para pago en banco

(415)7709998013483(8020)8609918886802000078019109202009390000003989009620201026

Señor(a) aportante

Para garantizar un mejor servicio, Asopagos le solicita diligenciar la siguiente información

Nombre consignante	_____
Tel. Cel.	_____
Tel. Fijo	_____
Período Pagado	_____

Banagrario

ASOPAGOS S.A.

RAZON SOCIAL :	BENITO SIMON VELEZ SOTO
IDENTIFICACION:	CC-78019109
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2020-10-23
FECHA LIMITE DE PAGO:	2020-10-05
PERIODO PENSION:	2020-09
PERIODO SALUD:	2020-09
NUMERO PLANILLA:	8609918886
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8605736728
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	800156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	$ 1.350.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 168.800	$ 168.800
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 1.350.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 216.000	$ 216.000
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.350.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 14.100	$ 14.100
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 398.900	$ 398.900

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	05/11/2020

FORMATO INFORME LEGALIZACIONDESPLAZAMIENTO- CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA:
Montería, Octubre 22 de 2020

PRESENTADO A:JOSE NICOLAS BARRIOS SIERRA

ORDEN DE VIAJE No:	**FECHA DE INICIO:**	**FECHA DE FINALIZACION:**
0393	13/10/2020	16/10/2020
LUGAR A DONDE REALIZÓ EL DESPLAZAMIENTO, CIENAGA DE ORO, CIENAGA DE ORO, CIENAGA DE ORO , CHIMA	**REGIONAL / CENTRO DE FORMACION**	**OTRA : (ciudad)**
	MONTERIA – CORDOBA-CENTRO AGROPECUARIO Y DE BIOTECNOLOGIA EL PORVENIR	CIENAGA E ORO(LA ZORRA) CIENAGA DE ORO (RICO) CIENAGA DE ORO (LA ARENA) CHIMA (GUAYACAN)

OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTOIMPARTIR FORMACION DE AREA PECUARIA

ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

- Atender las formaciones de aprendices en el área de emprendimiento de los proyectos de formación programados dentro de los tiempos que para cada acción se determine por el centro de formación.

RESULTADOS:

1. Programar proyectos según especificaciones técnicas y métodos de planeación.

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

1. Lista de Asistencia de los Aprendices

2-- Imágenes proceso de formación.

COMPROMISOS

ACTIVIDAD	**RESPONSABLE**	**FECHA**
1. Cumplir con las actividades desarrolladas en las sesiones en los proyectos de Formación.	APRENDICES	16/10/2020
1. Desarrollar el proyecto y programa de formación en su totalidad. 2. Ejecutar las competencias y resultados de aprendizajes pertinente.	INSTRUCTOR SENA	29/11/2020

CONCLUSIÓNES: Se cumplieron con los objetivos propuestos.

DATOS DEL CONTRATISTA

NOMBRE Y APELLIDO	**FIRMA**
BENITO SIMON VELEZ SOTO	

VISTO BUENO SUPERVISOR

CARGO DEL SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO SUPERVISOR**	**FIRMA**
CORDINADOR ACADEMICO	**JIMMY TORRES BUSTILLO**	

No: 0393

ORDEN DE VIAJE CONTRATISTA

(FORMATO 2 ACTUALIZADO SEPTIEMBRE 29 DE 2020)

Atentamente solicito el tramite presupuestal y pago del anticipo para el desplazamiento del contratista:

Nombre	BENITO SIMON VELEZ SOTO		c.c No.	78.019.109	de	SAN PELAYO	
Contrato No.	1338591	de	15 DE FEBRERO DE 2020				
Valor Honorarios mensual		3.317.600		Valor 100%	3.317.600		
Régimen del IVA:		SIMPLIFICADO					
Salida estimada	13/10/2020		Llegada estimada	16/10/2020	dias	4	
Destino ciudad	Varios municipios	C					
Manutencion Diaria	81.435						

Pasaje Aereo		Pasaje Terrestre	X	Ruta

CIENAGA DE ORO(DIA 13C), CIENAGA DE ORO(DIA 14 C),CIENAGA DE ORO(DIA 15C), CHIMA(DIA16C)

OBJETIVOS:

IMPARTIR FORMACION EN EL AREA COMERCIAL Y DE EMPRENDIMIENTO DEL PROGRAMA SENA EMPRENDE RURAL

Valores a reconocer:

Gastos de manutención	325.740
Gtos transporte por comision	154.000
Otros gastos	
Valor neto a reconocer	479.740

REGISTRO PRESUPUESTAL No: 164420

09/10/2020 Diana Chavez

FECHA: _____ FIRMA: _____

SON: Cuatrocientos setenta y nueve mil setecientos cuarenta pesos m/cte

CUENTA No. 68100018580 TIPO : AHORRO BANCO : BANCOLOMBIA

AUTORIZO PARA QUE DEL SALDO DEL CONTRATO SE DESCUENTE EL VALOR RECONOCIDO SI EN CINCO DIAS NO LO HE LEGALIZADO O EFECTUADO EL REINTEGRO.

RECIBI DE CONFORME

COMISIONADO:

C.C. 78.019.109 de SAN PELAYO

No. CDP 2620 de 09/09/2020

Observaciones

SEGÚN RESOLUCIONES Nos. 092 DE 2015 y 2384 DE 2017 - CIRCULAR 01-3-2020-000173 DE 23/09/2020

JIMMY TORRES BUSTILLO
Coordinador Academico

Jose Nicolas Barrios Sierra
2020.10.22 19:40:10 -05'00'

JOSE NICOLAS BARRIOS SIERRA
Firma Solicitante - Ordenador del Gasto

LEGALIZACION ORDEN DE VIAJE CONTRATISTA

	Valores a legalizar	SALDO
Gastos de manutención	325.740	
Gtos transporte por comision	154.000	
Otros gastos		
Valor neto a legalizar	479.740	

SALDO A FAVOR

VALOR A REINTEGRAR

EL SOLICITANTE CERTIFICA QUE EL COMISIONADO AUTORIZADO EN ESTA COMISION U ORDEN DE SERVICIOS CUMPLIO A SATISFACCION CON LOS OBJETIVOS PREVISTOS.

Jose Nicolas Barrios Sierra
2020.10.22 19:40:26 -05'00'

JOSE NICOLAS BARRIOS SIERRA
Firma Solicitante - Ordenador del Gasto

SOTRACOR
Sociedad Transportadora de Córdoba
NIT. 891.000.093-8
Calle 37 N° 1B-42 Tel.: 782 2413 - Montería

TARIFA $ 8000

TIQUETE N° 48260

Origen	Destino
Montería	Ciénaga de Oro

DÍA	MES	AÑO	HORA DE SALIDA:	BUS N°
13	10	20		

NOMBRE:

C.C. N°:

FIRMA DESPACHADOR

TIPOGRAFÍA GRÁFICAS LORICA / TEL: 773 9966

SOTRACOR
Sociedad Transportadora de Córdoba
NIT. 891.000.093-8
Calle 37 N° 1B-42 Tel.: 782 2413 - Montería

TARIFA $ 8000

TIQUETE N° 48211

Origen	Destino
Ciénaga de Oro	Montería

DÍA	MES	AÑO	HORA DE SALIDA:	BUS N°
13	10	20		

NOMBRE:

C.C. N°:

FIRMA DESPACHADOR

TIPOGRAFÍA GRÁFICAS LORICA / TEL: 773 9966

SOTRACOR
Sociedad Transportadora de Córdoba
NIT. 891.000.093-8
Calle 37 N° 1B-42 • Tel. 782 2413 • Montería

TARIFA $ 8000

TIQUETE

Origen:	Destino:
Montería	Ciénaga de Oro

DIA	MES	AÑO	HORA DE SALIDA:	BUS No.
14	10	20		

NOMBRE:

FIRMA DESPACHADOR:

Nº 04734

SOTRACOR
Sociedad Transportadora de Córdoba
NIT. 891.000.093-8
Calle 37 N° 1B - 42 Tel: 782 24 13 - Montería

TARIFA $ 8000

TIQUETE

ORIGEN :	DESTINO:
Ciénaga de Oro	Montería

DÍA	MES	AÑO	HORA DE SALIDA	BUS N°
14	10	20		

NOMBRE

FIRMA DESPACHADOR

Nº 1120

SOTRACOR
Sociedad Transportadora de Córdoba
NIT. 891.000.093-8
Calle 37 N° 1B-42 • Tel. 782 2413 • Montería

TARIFA $ 8.000

TIQUETE

Origen	Destino:
Montería	Ciénaga de oro.

DIA	MES	AÑO	HORA DE SALIDA:	BUS No.
15	10	20		

NOMBRE:

FIRMA DESPACHADOR:

Nº 04768

SOTRACOR
Sociedad Transportadora de Córdoba
NIT. 891.000.093-8
Calle 37 N° 1B - 42 Tel: 782 24 13 - Montería

TARIFA $ 8000

TIQUETE

ORIGEN :	DESTINO:
Ciénaga de oro	Montería

DÍA	MES	AÑO	HORA DE SALIDA	BUS N°
15	10	20		

NOMBRE

FIRMA DESPACHADOR

Nº 1119

SOTRACOR
Sociedad Transportadora de Córdoba
NIT. 891. 000. 093-8
Calle 37 N°.1B-42 Tel.:7822413 - Montería

TARIFA
$ 18.000

TIQUETE

Origen: Montería | Destino: Chimá

DIA	MES	AÑO	HORA DE SALIDA:	BUS N°:
16	10	20		

NOMBRE:

FIRMA DEL DESPACHADOR:

221220

JO Litografía Nit:1067874332-5 Cel:3106937012 Juan Obagi

SOTRACOR
Sociedad Transportadora de Córdoba
NIT. 891. 000. 093-8
Calle 37 N°.1B-42 Tel.:7822413 - Montería

TARIFA
$ 18.000

TIQUETE

Origen: Chimá | Destino: Montería

DIA	MES	AÑO	HORA DE SALIDA:	BUS N°:
16	10	20		

NOMBRE:

FIRMA DEL DESPACHADOR:

221265

JO Litografía Nit:1067874332-5 Cel:3106937012 Juan Obagi

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
COMPROBANTE LEGALIZACION GASTOS TRANSPORTE
INFORMAL EN COMISIONES DE SERVICIOS

CIUDAD / MUNICIPIO - FECHA:	MONTERIA -22 DE OCTUBRE DEL 2020	**Codigo Regional**	**23**	
NOMBRE DEL FUNCIONARIO:	BENITO SDIMON VELEZ SOTO	**Codigo Centro:**	**911510**	
No. DOCUMENTO IDENTIDAD:	78.019.109	**Fecha de elaboración: 22/10/2020**		

En desarrollo de la comisión No. 0393 durante los dias 13, 14, 15 y 16 del mes de OCTUBRE del 2020 se informa que en los tramos detallados a continuacion, 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
13/10/2020	CIENAGA DE ORO -VEREDA LA ZORRA - CIENAGA DE ORO	MOTO	18000
14/10/2020	CIENAGA DE ORO - VEREDA RICO 2 -CIENAGA DE ORO	MOTO	18000
15/10/2020	CIENAGA DE ORO - VEREDA ARENA - CIENGA DE ORO	MOTO	16000
16/10/2020	CHIMA -VEREDA GUAYACAN-CHIMA	MOTO	18000
	RAZON POR LA CUAL, SE AUTORIZA EL GASTO INCURRIDO CUYO VALOR PAGADO EQUIVALE A:		

Para efectos legales el funcionario certifica bajo la gravedad del juramento, que las actividades objeto del desplazamiento se cumplieron a cabalidad y el valor cobrado corresponde al valor efectivamente pagado al prestador del servicio de transporte informal.

Este formato aplica unicamente para justificar gastos de transporte en aquellos sitios donde no se cuenta con transporte formal.

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el comisionado y su jefe inmediato, se autoriza el presente gasto

COMISIONADO	JEFE INMEDIATO	ORDENADOR DEL GASTO
Nombre completo: BENITOC SIMON VELEZ SOTO	**Nombre completo:** JIMMY TORRES BUSTILLO	**Nombre completo:** JOSE NICOLAS BARRIOS S
Cargo: INSTRUCTOR SER	**Cargo:** COORDINADOR ACADEMICO	**Cargo:** SUBDIRECTOR CABP
Firma:	**Firma:**	**Firma:** Jose Nicolas Barrios Sierra 2020.10.23 13:21:00 -05'00'

GRF-F-057 V.01























Dirección de Empleo y Trabajo
Formato Lista de Asistencia Condiciones de Salud Actividades Presenciales
Programa SER y Atención a Víctimas

REGIONAL: CORDOBA

CENTRO DE FORMACIÓN / DEPENDENCIA: CENTRO AGROPECUARIO Y BIOTECNOLOGIA EL PORVENIR

CIUDAD, MUNICIPIO Y/O VEREDA: CIENAGA DE ORO, VEREDA RICO 2

FECHA: 16-OCTUBRE- 2020

NOMBRE DE QUIEN EJECUTA LA ACTIVIDAD:	GLORIA LEONOR OSORIO NEGRETE	ROL:	INSTRUCTOR
ACTIVIDAD DESARROLLADA:	PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD EN LA GRANJA AVICOLA		

NÚMERO DE FICHA (SOLO PARA FORMACIÓN): FICHA 2076784

LOCALIZACIÓN Y NOMBRE DEL AMBIENTE DONDE SE REALIZA LA ACTIVIDAD: CONSTRUCCION AVICOLA, CASA DE LA SEÑORA SANDY ARROYO

HORARIO: DE 10 AM A 16 PM

Nº	NOMBRE	APELLIDOS	CC/TI	TELEFONO/CEL	E-MAIL	Actualmente se encuentra diagnosticado con Covid-19 o está a la espera de los resultados de la prueba		Durante los últimos 14 días ha estado en contacto con personas diagnosticadas con Covid-19 o que están a la espera de resultados de la prueba		Durante los últimos 14 días ha presentado síntomas asociados al Covid-19 como fiebre, dificultad al respirar, tos seca, dolor de garganta, dolor de cabeza, pérdida del sentido del olfato o el gusto, diarrea, conjuntivitis o malestar general		El aprendiz se presenta con los elementos de bioseguridad (mínimo tapabocas)		FIRMA PARTICIPANTE
						SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	Sandy	Arroyo Suarez	1065661446	3234915063			X		X		X	X		Sandy Arroyo
2	Eduardo	Suarez					X		X		X	X		Eduardo S.
3	Edward	Acosta Perez	78037433				X		X		X	X		Edward Acosta
4	ISABEL C	CORREA	1010031108	3113725032			X		X		X	X		ISABEL CORREA
5	Sandy	Suarez-	1065584461	3104952424			X		X		X	X		Sandy Suarez
6	Martha Rosa	Contreras Nieves	25971898				X		X		X	X		Martha Rosa
7	Linda	Martinez Salgado	1007737618				X		X		X	X		Linda Martinez
8	Ana Paola	Mejia-	1003705919				X		X		X	X		Ana P.
9	Luz Mary	Montoya Santa	25725092	3204952424			X		X		X	X		Luz Mary
10	IVAN ELIAS	SOLO SUAREZ	1065004856	3202816370			X		X		X	X		IVAN SOLO.
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														
21														
22														
23														
24														
25														
26														
27														
28														
29														
30														

Gloria Osorio Y.

Firma del responsable

siga

REGISTRO DE ASISTENCIA DEL ACTA No: 01 DEL DÍA _____ DEL MES 04 _____ DEL AÑO 2020

OBJETIVO (S): Realizar entrega de materiales a la formación del programa EMPRENDEDOR EN ELABORACIÓN DE ACCESORIOS ARTESANALES CON RECURSOS NATURALES DE LA REGIÓN, identificada con numero de ficha 2080474

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	TIPO DE VINCULACIÓN (CARGO INSTRUCTOR, APRENDIZ, OTRO)	EMPRESA/DEPENDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO	CELULAR/EXT. SENA	FIRMA
	Cenia Callejas Martinez	26028832	Instructor	Sena- centro agropecuario y de biotecnologia el porvenir	ceniacallejas@hotmail.com	3017967216	
	Elizabeth S.	34.970.298				320691658	Elizabeth S.
	Martha Martinez	1062618368				314 [illegible]	Martha Martinez
	Johana Servide						Johana S.
	Ingrid Saumeth						Ingrid Saumeth
	[illegible]	1.072.011.631				321 [illegible]	[illegible]
	Yuny Calagna	25884794				3205044444	UBAR
	Carmen Sanes	50963717				316 [illegible]	Carmen Sanes

Dirección de Empleo y Trabajo

Formato Lista de Asistencia Condiciones de Salud Actividades Presenciales

Programa SER y Atención a Víctimas

REGIONAL: CORDOBA

CENTRO DE FORMACIÓN / DEPENDENCIA: CENTRO AGROPECUARIO Y BIOTECNOLOGIA EL PORVENIR

CIUDAD, MUNICIPIO Y/O VEREDA: CHIMA, VEREDA GUAYACAN

FECHA: 14-OCTUBRE- 2020

NOMBRE DE QUIEN EJECUTA LA ACTIVIDAD: GLORIA LEONOR OSORIO NEGRETE ROL: INSTRUCTOR

ACTIVIDAD DESARROLLADA: PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD EN LA GRANJA AVICOLA

NÚMERO DE FICHA (SOLO PARA FORMACIÓN): FICHA 2074998

LOCALIZACIÓN Y NOMBRE DEL AMBIENTE DONDE SE REALIZA LA ACTIVIDAD: CONSTRUCCION AVICOLA, CASA DEL SEÑOR SIXTO ALMANZA

HORARIO: DE 10 AM A 16 PM

N°	NOMBRE	APELLIDOS	CC/TI	TELEFONO/CEL	E-MAIL	Actualmente se encuentra diagnosticado con Covid-19 o está a la espera de los resultados de la prueba		Durante los últimos 14 días ha estado en contacto con personas diagnosticadas con Covid-19 o que están a la espera de resultados de la prueba		Durante los últimos 14 días ha presentado síntomas asociados al Covid-19 como fiebre, dificultad al respirar, tos seca, dolor de garganta, dolor de cabeza, pérdida del sentido del olfato o el gusto, diarrea, conjuntivitis o malestar general		El aprendiz se presenta con los elementos de bioseguridad (mínimo tapabocas)		FIRMA PARTICIPANTE
						SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	SIXTO LUIS	ALMANZA PERALTA	1067225538	3176585147	SIXTOALMANZA1234@gmail		X		X		X	X		SIXTO ALMANZA
2	KELLY JOHANA	PINTO MUÑOZ	1003060654	3117282817	KELLY PINTO		X		X		X	X		
3	GABRIEL MAURICIO	MUÑOZ B	11 077 214	311 4190010	GABRIEL		X		X		X	X		
4	GABRIEL JOSE	MUÑOZ LOPEZ	2782171	3116923960	GABRIEL MUÑOZ		X		X		X	X		
5	YAHUD YAÑEZ	CUNDAR COPIA	1108345D	3135548212			X		X		X	X		
6	ABEL MUÑOZ	MUÑOZ	11085404	3146532181			X		X		X	X		
7	CARLOS A	BARRA ALMANZA	1108559	3136109	CARLOS A		X		X		X	X		
8	CELSO	MUÑOZ LOPEZ	1108135	3143440	CELSO		X		X		X	X		
9	ERNESTO	PAQUEO.	1085273	3135			X		X		X	X		
10	SANDRA	ALMANZA VERONA	1063089	3128883			X		X		X	X		
11	SANDRA	PERALTA TIMA	25804896	3148637			X		X		X	X		
12	YACDIS	MONTERROSA	25	3			X		X		X	X		
13	MARY	ALMANZA	25	3			X		X		X	X		
14	MARIO	MUÑOZ BAUDA	1063075	3126935370			X		X		1	X		
15														
16														
17														
18														
19														
20														
21														
22														
23														
24														
25														
26														
27														
28														
29														
30														

Gloria Osorio N.

Firma del responsable

Dirección de Empleo y Trabajo

Formato Lista de Asistencia Condiciones de Salud Actividades Presenciales

Programa SER y Atención a Víctimas

REGIONAL:

CENTRO DE FORMACIÓN / DEPENDENCIA:

CIUDAD, MUNICIPIO Y/O VEREDA:

FECHA:

HORA:

NOMBRE DE QUIEN EJECUTA LA ACTIVIDAD:

ACTIVIDAD DESARROLLADA:

NUMERO DE FICHA (SOLO PARA FORMACIÓN):

LOCALIZACIÓN Y NOMBRE DEL AMBIENTE DONDE SE REALIZA LA ACTIVIDAD:

HORARIO:

Nº	NOMBRE	APELLIDOS	CC/TI	TELEFONO/CEL	E-MAIL	Actualmente se encuentra diagnosticado con Covid-19 o está a la espera de los resultados de la prueba		Durante los últimos 14 días ha estado en contacto con personas Diagnosticadas con Covid-19 o que están a la espera de resultados de la prueba		Durante los últimos 14 días ha presentado síntomas asociados al Covid-19 como fiebre, dificultad al respirar, tos seca, dolor de garganta, dolor de cabeza, pérdida del sentido del olfato o el gusto, diarrea, conjuntivitis o malestar general		Ha aprendido la prevención con los elementos de bioseguridad mínimos requeridos		FIRMA PARTICIPANTE
						SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	[illegible]	Machado S	1043942883	3108294675	[illegible]		X		X		X	X		[illegible]
2	Paola Rocio	Torres Sastos	50483625	3217015784			X		X		X	X		Paola Torres
3	Diana	Gonzalez	76307586	3114236119			X		X		X	X		Diana Gonzalez
4	Carmen Cecilia	Salcedo Escobar	50905364	3114230123			X		X		X	X		Carmen Salcedo
5	Marco Antonio	Macias Diaz	79699443	3114230123			X		X		X	X		Marco Antonio
6	Manuel	Reyes Luna	79698824	3106335842			X		X		X	X		Manuel Reyes
7	La Maria	Mejia Guzman	60382195	3106358183			X		X		X	X		Barbara Mejia
8	Nicolas del C	Machado Luna	3498067	3104137119			X		X		X	X		Nicolas Machado
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														

siga

Proceso Gestión de Emprendimiento Empresarismo

Formato Lista de Asistencia para Programas de Formación Presencial Sena Emprende Rural

CIUDAD, MUNICIPIO Y/O VEREDA Y FECHA:

CENTRO DE FORMACIÓN:

COMPETENCIA: FICHA:

RESULTADO DE APRENDIZAJE:

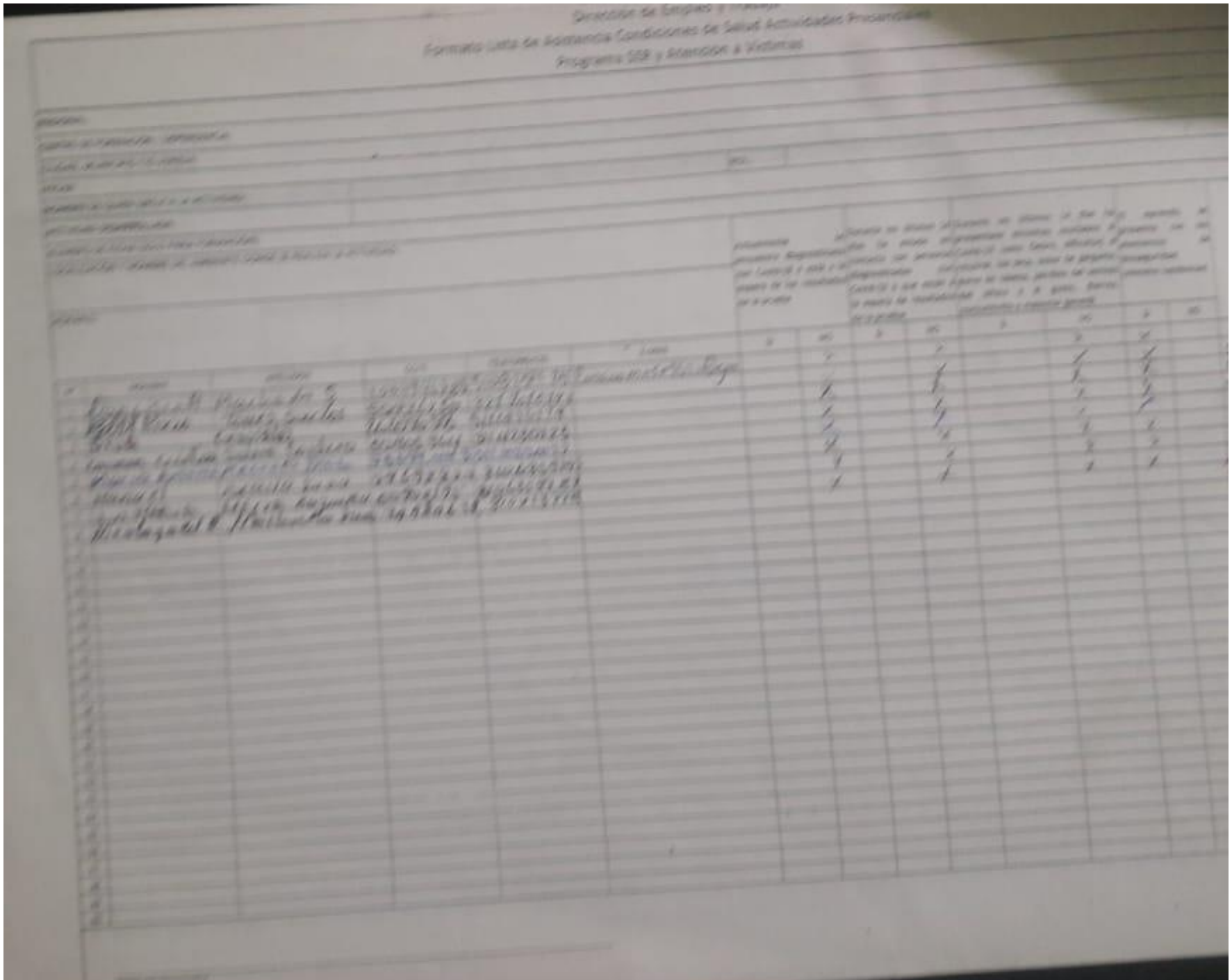
AMBIENTE: PROGRAMA DE FORMACIÓN: FECHA Y FIRMA

HORARIO:

Nº	NOMBRE	APELLIDOS	CC/TI	CORREO ELECTRON	TELEFONO/IP	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
1	Francisco	Machados	1006194		3161509							
2	EDITH	torres	50966235		3216015693							
3	DIVA	GONZALEZ	26203036		3166765729							
4	Carmen	Solera	50905364		3114230123							
5	Marco	Machado	79691442		3114230123							
6	manuel	Bravo	79695874		311 42 30123							
7	LUZ MARIA	MEJIA	50903195		3106357878							
8	Nicolaza	Machado	34980688		3108747275							
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												

Nombre el instructor

Firma del instructor



Formato Lista de Asistencia Condiciones de Salud Actividades Preventivas

Programa SSR y Atención a Víctimas