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 QUINDÍO

CENTRO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO-QUINDIO

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

Código Regional	**63**
Código Centro	**953810**
Fecha Elaboración	**Mayo de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**95673-831158**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	NYDIA JOHANNA LOPEZ GORDILLO	**Banco a consignar:**	BANCO CAJA SOCIAL
Cédula de Ciudadanía	41.960.117	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	njlopez@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	24145158411
IP/Nº de contacto:		**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	NO
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 2025**	NO

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2025 fueron iguales o superiores a $69.718.600	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2026 es igual o superior a $209.496.000 (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:	8929291/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**17326**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestación de servicios con el fin de Orientar la formación profesional integral titulada y/o complementaria en la modalidad presencial y/o virtual, de acuerdo con los modelos formativos que hayan sido establecidos por el SENA y los programas de formación ofertados por el Centro de Comercio y Turismo regional Quindío, atendiendo las políticas institucionales y la normativa

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/05/2026**	**Al**	**31/05/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 35.057.478
Número de pago	**4**			**Valor Total del Contrato:**	$ 49.112.052
Valor Bruto Pago:			**$ 4.737.497,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 30.319.981

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.737.497	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 69.000	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.806.497**		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.192.497**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Mayo	Abril			
				Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.192.497,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**5250455580**	Base retención en la fuente a titulo de ICA	0,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.894.999	$ 1.894.999	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 236.900	$ 236.900	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 303.200	$ 303.200	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
ARL I		$ 9.900	$ 9.900	Reteica - 8299	0,00	0,000%
		$		-	0,00	0,000%
		$		-	0,00	0,000%
		$		-	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	$ 837.984	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$ 37.927.505	$ 1.064.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 3.137.000			Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		**VALOR A PAGAR**	**$4.737.497,00**	

SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se elaboran guías de aprendizaje, instrumentos de evaluación y plan de trabajo concertado para las fichas del programa de formación formación titulada Técnico Atención Integral a la Primera Infancia fichas- 3220478-3286934-3495570 -Curso introductorio a la formación profesional integral.

Se realizó verificación de aprendices activos, y se hicieron los reportes de las inasistencias de los aprendices.

Se ejecutaron los programas de formación Titulada Técnico Atención Integral a la Primera Infancia ficha 3286934-3220478-3495570.

Y curso introductorio a la formación profesional integral.

Se emiten juicios evaluativos sobre el nivel de cumplimiento de los resultados de aprendizajes del curso introductorio a la formación

Se realiza inducción a los aprendices sobre el proceso de etapa productiva.

Las demás actividades se encuentran evidenciadas en el informe de ejecución contractual.

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

Nydia Johanna López

NYDIA JOHANNA LOPEZ GORDILLO
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,

JUAN DAVID LAVERDE MONCADA
INSTRUCTOR G07

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
CESAR AUGUSTO OSPINA PUERTAS
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 41960117

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Nombre ó Razón Social	NYDIA JOHANNA LOPEZ GORDILLO		
Tipo Identificación	CÉDULA DE CIUDADANÍA	Número de Identificación	41960117
Ciudad/Municipio	ARMENIA	Departamento	QUINDIO
Dirección	MANZANA G CASA 17 BARRIO VILLA	Teléfono	3116980
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Actividades de apoyo a la educación.
Tipo Aportante	02-INDEPENDIENTE	Clase Aportante	I-INDEPENDIENTE
Forma Presentación	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

Número Planilla	**5250455580**	Tipo de Planilla	I-INDEPENDIENTES
Periodo Cotización Otros	abril / 2026	Periodo Cotización Salud	abril / 2026
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2026/05/05
Número Autorización	50455580		

INFORMACIÓN BÁSICA

Nombres	NYDIA JOHANNA	Apellidos	LOPEZ GORDILLO
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	41960117
Tipo cotizante	INDEPENDIENTE CONTRATO	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			NO
Departamento	QUINDIO	Municipio	ARMENIA
Salario Básico	$ 1.895.000	Tipo de Salario	

NOVEDADES

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

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	230301-PORVENIR
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.895.000
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 303.200
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 303.200**

SALUD			
Dias	30	Administradora	EPS002-SALUD TOTAL
Tarifa	12,500 %	IBC	$ 1.895.000
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 236.900
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 236.900**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE
Clase de Riesgo	I	IBC	$ 1.895.000
Centro de Trabajo	899999034	Tarifa	0,522 %
		Total Aporte	**$ 9.900**

TOTAL PAGADO:	**$ 550.000**

AV Villas

COMPROBANTE PAGO DE PLANILLA ASISTIDA PILA

Número identificación del Aportante / Pin Único	Valor a Pagar $:
41960117	550.000 =

Si usted va a realizar el pago con el número de Planilla, diligencie esta sección:

PAGO CON NÚMERO DE PLANILLA

Número de Planilla: 5 2 5 0 4 5 5 5 8 0

Si usted va a realizar el pago con Pin Único, diligencie esta sección:

PAGO CON PIN ÚNICO

Operador de Información: _____

Periodo de Cotización a Pagar: Año 2026 Mes 04

ESTIMADO CLIENTE:
VERIFIQUE QUE LA INFORMACIÓN IMPRESA EN EL COMPROBANTE SEA CORRECTA Y QUE EL VALOR REGISTRADO CORRESPONDA AL VALOR ORDENADO POR USTED. EL BANCO NO TENDRÁ COPIA DE ESTE FORMATO. EL SOPORTE DE LA TRANSACCIÓN SERÁ EL REGISTRO EN EL SISTEMA. RECUERDE QUE ÉSTE SERÁ EL ÚNICO SOPORTE FÍSICO DE SU TRANSACCIÓN. CONSÉRVELO PARA CUALQUIER VERIFICACIÓN.

CAP-PR0-083-V2

```
AVV 313 20260505 08:20 SC  70  LINEA    D
VR PAGADO:       550,000.00
NOMBRE:ACH COLOMBIA
CLAVE:5250455580                        0
ID:41960117
Fecha Aplicación:20260505   PIN:82057
Estimado cliente: Verifique los datos de
su pago. Después de retirarse de la
ventanilla no se aceptan reclamos.
```

Powered by CamScanner

LEGALIZACION ORDEN DE VIAJE CONTRATISTA

Solicitud de Comisión No. 10626

Nombre NYDIA JOHANNA LOPEZ GORDILLO **C.C.No.** 41960117

	VALORES A LEGALIZAR	SALDO
Gastos de Manutención	$ 0,00	$ -
Gastos de Transporte Comisión	$ 69.000,00	$ -
Otros gastos	$ -	$ -
Subtotal	$ -	$ -
Menos retefuente	$ -	$ -
Valor Neto a Legalizar	$ 69.000,00	$ -

SALDO A FAVOR $ -

VALOR AREINTEGRAR $ -

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



NOMBRE ORDENADOR DEL GASTO: CESAR AUGUSTO OSPINA PUERTAS
CARGO DEL ORDENADOR DEL GASTO: SUBDIRECTOR CENTRO DE COMERCIO Y TURISMO

SE SOLICITA Y ORDENA EL SALDO A FAVOR DEL COMISIONADO

NOMBRE ORDENADOR DEL GASTO: CESAR AUGUSTO OSPINA PUERTAS
CARGO DEL ORDENADOR DEL GASTO: SUBDIRECTOR CENTRO DE COMERCIO Y TURISMO

OBSERVACIONES:

Juan David Bermudez M

Elaboró: Juan David Bermudez Monsalve

FORMATO INFORME LEGALIZACION DESPLAZAMIENTO - CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA: Armenia 30 DE ABRIL 2026

PRESENTADO A: Cesar Augusto Ospina Puertas subdirector, Centro de Comercio y Turismo

ORDEN DE VIAJE No: 10626	**FECHA DE INICIO:**	**FECHA DE FINALIZACION:**
	8 ABRIL DE 2026	**29 DE ABRIL 2026**
LUGAR A DONDE REALIZÓ EL DESPLAZAMIENTO	**REGIONAL / CENTRO DE FORMACION**	**OTRA: (ciudad)**
I.E Simón Bolívar Quimbaya	**Centro de Comercio y Turismo**	**Quimbaya**

OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO:
Impartir formación profesional integral a la ficha 3220478 del Técnico en atención integral a la primera infancia en el municipio de Quimbaya

ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

Día 1: MIERCOLES 8/4/26
Actividades a ejecutar: Impartir formación profesional integral a la ficha 3034236 del Técnico en atención integral a la primera infancia.
Competencia: Atender niños y niñas según proceso pedagógico y normativa de educación inicial
Resultado de aprendizaje: 4. aportar al seguimiento del desarrollo infantil teniendo en cuenta procedimiento técnico y características de niños y niña.

Día 2: VIERNES 10/4/26
Actividades a ejecutar: Impartir formación profesional integral a la ficha 3220478 del Técnico en atención integral a la primera infancia.
Competencia: Atender niños y niñas según proceso pedagógico y normativa de educación inicial
Resultado de aprendizaje: 4. remitir a las familias a servicios complementarios frente a casos de vulneración según la ruta de activación de restablecimiento de derechos.

Día 3: MIERCOLES 22/4/26
Actividades a ejecutar: Impartir formación profesional integral a la ficha 3220478 del Técnico en atención integral a la primera infancia.
Competencia: Atender niños y niñas según proceso pedagógico y normativa de educación inicial
Resultado de aprendizaje: 4. aportar al seguimiento del desarrollo infantil teniendo en cuenta procedimiento técnico y características de niños y niña.

Día 4: VIERNES 24/4/26
Actividades a ejecutar: Impartir formación profesional integral a la ficha 3220478 del Técnico en atención integral a la primera infancia.
Competencia: Atender niños y niñas según proceso pedagógico y normativa de educación inicial

Resultado de aprendizaje: 3. acompañar la implementación de acciones pedagógicas en la primera infancia teniendo en cuenta lo planeado.

Día 5: MIERCOLES 29/4/26
Actividades a ejecutar: Impartir formación profesional integral a la ficha 3220478 del Técnico en atención integral a la primera infancia.
Competencia: Atender niños y niñas según proceso pedagógico y normativa de educación inicial
Resultado de aprendizaje: 4. aportar al seguimiento del desarrollo infantil teniendo en cuenta procedimiento técnico y características de niños y niña.

RESULTADOS:

Día 1: MIERCOLES 8/4/26 Formación magistral, la instructora presenta los trastornos de neurodesarrollo explicando que son y las implicaciones para la primera infancia

Día 2: VIERNES 10/4/2026 Las aprendices preparan infografías de acuerdo el trastorno del desarrollo asignado.

Día 3: MIERCOLES 22/4/26 Transferencia de conocimiento, las aprendices socializan el caso asigado Trastorno del espectro autista-Trastorno déficit de atención y hiperactividad- Trastornos de la comunicación-Trastornes motores.

Día 4: VIERNES 24/4/2026 Aplicación de instrumento de evaluación por medio de estudio de caso

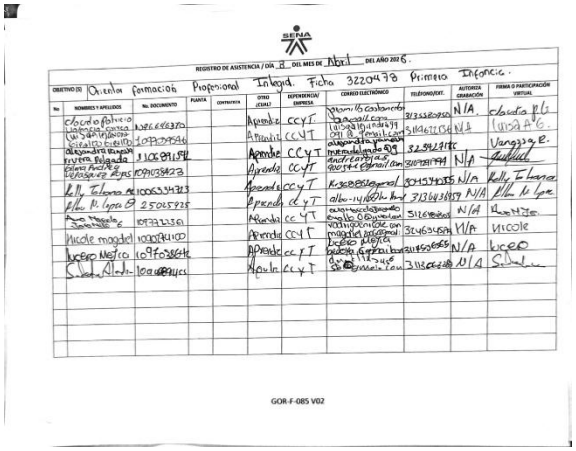
Día 5: MIERCOLES 29/4/26: Transferencia de conocimiento, cada aprendiz expone su estudio de caso sobre el trastorno de neurodesarrollo asignado.

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

1. Registro Fotográfico
2. Listado de Asistencia

1. **MIERCOLES 8/4/26 Ficha 3220478 del Técnico en atención integral a la primera infancia del municipio Quimbaya Institución Educativa Simón Bolívar**





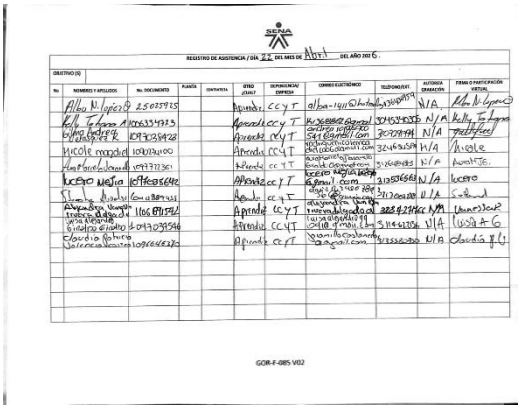
2. VIERNES 10/4/26 Ficha 3220478 del Técnico en atención integral a la primera infancia del municipio Quimbaya Institución Educativa Simón Bolívar





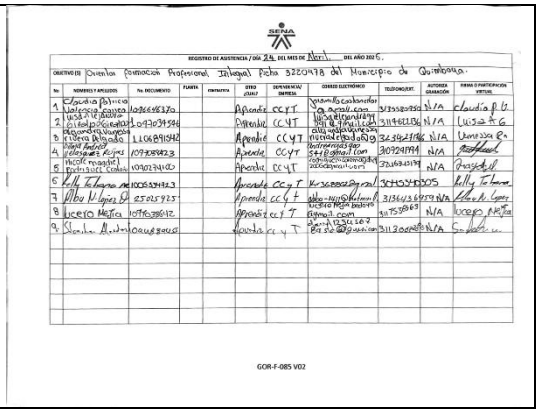
3. MIERCOLES 22/4/26 Ficha 3220478 del Técnico en atención integral a la primera infancia del municipio Quimbaya Institución Simón Bolívar





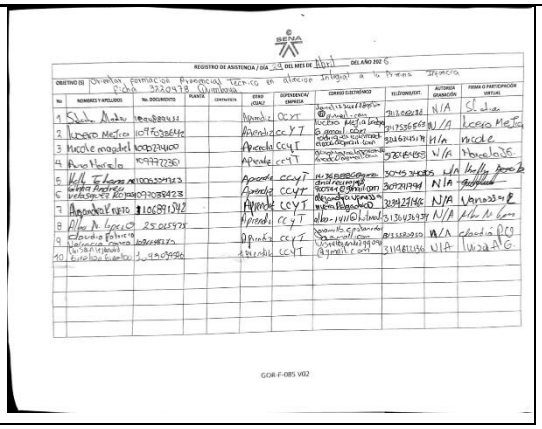
4. VIERNES 24/4/26 Ficha 3220478 del Técnico en atención integral a la primera infancia del municipio Quimbaya Institución Simón Bolívar





5. MIERCOLES 29/4/26 Ficha 3220478 del Técnico en atención integral a la primera infancia del municipio Quimbaya Institución Simón Bolívar





COMPROMISOS		
ACTIVIDAD	**RESPONSABLE**	**FECHA**
1.		
2.		

CONCLUSIÓNES:

1. Se ejecutan las acciones de formación correspondientes a la formación Técnico en atención integral a la primera infancia ficha 3220478.IE Simón Bolívar

DATOS DEL CONTRATISTA	
NOMBRE Y APELLIDO	**FIRMA**
Nydia Johanna López Gordillo	Nydia Johanna López

VISTO BUENO SUPERVISOR		
CARGO DEL SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO SUPERVISOR**	**FIRMA**
COORDINADOR ACADEMICA	**Juan David Laverde Moncada**	

	Versión: 02
	Código: GRF-F-076

GASTOS DE DESPLAZAMIENTO

COMPROBANTE LEGALIZACION GASTOS TRANSPORTE INFORMAL - CONTRATISTAS

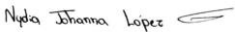
CIUDAD / MUNICIPIO - FECHA:	**Armenia-05/05/2026**	**Código Regional :**	**63**
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Nydia Johanna López Gordillo	**Código Centro:**	**9538**
No. DOCUMENTO IDENTIDAD:	41.960.117	**Fecha de elaboración:**	**5/05/2026**

En desarrollo de la comisión No. 10626 durante los días **08** al **29** del mes de **Abril** de **2026** se informa que en los tramos detallados a continuación, fue necesario utilizar transporte informal sin generación de documento soporte de pago por parte del prestador del servicio:

FECHA	TRAYECTO GENERADOR DEL PAGO	MEDIO DE TRANSPORTE EMPLEADO	VALOR PAGADO
8/04/2026	ARMENIA - QUIMBAYA - ARMENIA	BUS	$ 13.800
10/04/2026	ARMENIA - QUIMBAYA - ARMENIA	BUS	$ 13.800
22/04/2026	ARMENIA - QUIMBAYA - ARMENIA	BUS	$ 13.800
24/04/2026	ARMENIA - QUIMBAYA - ARMENIA	BUS	$ 13.800
29/04/2026	ARMENIA - QUIMBAYA - ARMENIA	BUS	$ 13.800
		RAZON POR LA CUAL, SE AUTORIZA EL GASTO INCURRIDO CUYO VALOR PAGADO EQUIVALE A:	**$ 69.000**

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

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

COMISIONADO CONTRATISTA		**SUPERVISOR DE CONTRATO**		**ORDENADOR DEL GASTO**	
Nombre completo:	Nydia Johanna López Gordillo	**Nombre completo:**	Juan David Laverde Moncada	**Nombre completo:**	Cesar Augusto Ospina Puertas
Numero de Contrato:	CO1.PCCNTR.8929291	**Cargo:**	Coordinador Académico	**Cargo:**	Subdirector Centro de Comercio y Turismo
Firma:		**Firma:**		**Firma:**	

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

Usuario que Genera Reporte:	MHcaospina	CESAR AUGUSTO OSPINA PUERTAS
Unidad ó Subunidad que Genera Reporte:	36-02-00-063-953810	CENTRO DE COMERCIO Y TURISMO - QUINDIO
Fecha y Hora Generación Reporte:	miércoles, 11 de marzo de 2026	

Comisión Servicio al Interior del País - Tramite - Inicial

Solicitud de Comisión No.	10626	**Fecha Solicitud**	2026-03-11	**Estado de la Comisión**	Autorizada	**Unidad Ejecutora o Subunidad - 36-02-00-063-953810 CENTRO DE COMERCIO Y TURISMO - QUINDIO**		
Tipo de Comisión	Servicio	**Fecha Aut./ Rech.**	2026-03-11	**Genera Viáticos**	NO	**Genera gastos de viaje**	Si	**Requiere Pasajes Aéreos**	NO
Transporte por Vía	Terrestre	**Área u Oficina**	SUBDIRECCION			**Tipo de trámite**	Inicial	**Comisión Inicial**	

CDP de viáticos

Consecutivo CDP	4226	**Dependencia Solicitante**	953845 CENTRO DE COMERCIO Y TURISMO - QUINDIO - 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°. Días	Pernocta Último día Comisión	Porcentaje Pernocta	Total dias	Base de Liquidación	Valor Viático Diario	Valor Total Viáticos	Valor Gastos de Viaje	Valor total a pagar	Objeto de la Comisión por Tercero

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: 2026/03/11 14:17:52 -05:00

Este documento se encuentra firmado digitalmente de acuerdo a los lineamientos legales definidos en la ley 527 de 1.999 y sus decretos reglamentarios. Por lo tanto, el original de este documento se encuentra en formato electrónico y goza de autenticidad, integridad y no repudiación. Los certificados digitales de firma del presente documento se han emitido por una entidad de certificación digital Abierta de confianza.

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

Usuario que Genera Reporte:	MHcaospina	CESAR AUGUSTO OSPINA PUERTAS
Unidad ó Subunidad que Genera Reporte:	36-02-00-063-953810	CENTRO DE COMERCIO Y TURISMO - QUINDIO
Fecha y Hora Generación Reporte:	miércoles, 11 de marzo de 2026	

NYDIA JOHANNA LOPEZ GORDILLO	CC: 41960117	CONTRATISTA INSTRUCTOR	Autorizada	2026-04-08	2026-04-08	QUINDIO / ARMENIA	QUINDIO / QUIMBAYA	0,5	No	50	2,5	4.737.497,00	0,00	0,00	69.000,00	69.000,00	Impartir formación profesional integral a la ficha3220478 del Técnico en atención integral a la primera infancia en el municipio de Quimbaya
				2026-04-10	2026-04-10	QUINDIO / ARMENIA	QUINDIO / QUIMBAYA	0,5	No	50							
				2026-04-22	2026-04-22	QUINDIO / ARMENIA	QUINDIO / QUIMBAYA	0,5	No	50							
				2026-04-24	2026-04-24	QUINDIO / ARMENIA	QUINDIO / QUIMBAYA	0,5	No	50							
				2026-04-29	2026-04-29	QUINDIO / ARMENIA	QUINDIO / QUIMBAYA	0,5	No	50							
											Totales Solicitud de Comisión			**0,00**	**69.000,00**	**69.000,00**	

OBJETO DE LA COMISIÓN

Impartir formación profesional integral a la ficha3220478 del Técnico en atención integral a la primera infancia en el municipio de Quimbaya

ORDENADOR DEL GASTO

Identificacion:	18403004	Nombre:	CESAR AUGUSTO OSPINA PUERTAS	Cargo:	SUBDIRECTOR CENTRO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO - QUINDIO

Este documento se encuentra firmado digitalmente de acuerdo a los lineamientos legales definidos en la ley 527 de 1.999 y sus decretos reglamentarios. Por lo tanto, el original de este documento se encuentra en formato electrónico y goza de autenticidad, integridad y no repudiación. Los certificados digitales de firma del presente documento se han emitido por una entidad de certificación digital Abierta de confianza.

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

Usuario que Genera Reporte:	MHcaospina	CESAR AUGUSTO OSPINA PUERTAS
Unidad ó Subunidad que Genera Reporte:	36-02-00-063-953810	CENTRO DE COMERCIO Y TURISMO - QUINDIO
Fecha y Hora Generación Reporte:	miércoles, 11 de marzo de 2026	

VISTO BUENO JEFE INMEDIATO			
Nombre:	""	Cargo:	""

Firma Responsable

Verificado Por:	GINNA PAOLA LOPEZ GORDILLA	Fecha Verificación:	11/03/2026 14:03:29

Firmado digitalmente por:
Nombre: CESAR AUGUSTO OSPINA PUERTAS
Cédula de ciudadanía: 18403004
Usuario SIIF: MHcaospina
11/03/2026 2:18:05 p. m.

Este documento se encuentra firmado digitalmente de acuerdo a los lineamientos legales definidos en la ley 527 de 1.999 y sus decretos reglamentarios. Por lo tanto, el original de este documento se encuentra en formato electrónico y goza de autenticidad, integridad y no repudiación. Los certificados digitales de firma del presente documento se han emitido por una entidad de certificación digital Abierta de confianza.