SENA
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 DISTRITO CAPITAL

CENTRO PARA LA INDUSTRIA DE LA COMUNICACIÓN GRÁFICA- BTÁ D.C.

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

Código Regional	11
Código Centro	921710
Fecha Elaboración	Junio de 2026
Versión	ENERO - 1,26
ID de Proceso	10808-389408

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	DIEGO MAURICIO ALFARO MEDINA	Banco a consignar:	BANCO CAJA SOCIAL
Cédula de Ciudadanía	79.980.104	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	dalfaromedina@misena.edu.co	Número de Cuenta:	24025077788
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 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:	9005996/2026	Nº Compromiso SIIF	36626	Número de pagos durante la vigencia del contrato	7

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR:ATENDER LOS PROCESOS FORMATIVOS DE LOS APRENDICES EN LAS COMPETENCIAS TECNICAS ASOCIADOS A LA RED DE CONOCIMIENTO DE INFORMÁTICA, DISEÑO Y DESARROLLO DE SOFTWARE EN EL ÁREA TEMÁTICA DE CONTENIDOS DIGITALES DE LOS PROGRAMAS PRESENCIAL

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	01/06/2026	Al	30/06/2026	Saldo Anterior del Contrato:	$ 27.477.483
Número de pago	2			Valor Total del Contrato:	$ 31.741.230
Valor Bruto Pago:			$ 4.737.497,00	Nuevo Saldo del Contrato:	$ 22.739.986

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.737.497	Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 1.440.833	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	$ 6.178.330		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	$ 3.757.497	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	$ 0

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

		Junio	Mayo			
				Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.757.497,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	91382975	Base retención en la fuente a titulo de ICA	5.638.230,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.894.999	$ 1.750.905	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 236.900	$ 218.900	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 303.200	$ 280.200	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	$ 9.200	Reteica - 8299 - BOGOTÁ	54.465,00	0,966%
		$		-	0,00	0%
		$		-	0,00	0%
		$		-	0,00	0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -		-	0,00	0%
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		$ 617.833		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	$ 837.984	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$ 24.135.685	$ 1.253.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 832.000			Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		VALOR A PAGAR	$4.683.032,00	

SON: CUATRO MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL TREINTA Y DOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Orientar y acompañar en forma permanente e integral los aprendices de la Ficha 3237862 de Producción Multimedia

Orientar y acompañar en forma permanente e integral los aprendices de la Ficha 3488851 de Integración de contenidos digitales

Se acompañó el proceso de inducción de la ficha 348851 de Integración de Medios Digitales, se asoció a los aprendices de la ficha 3488

Se realizó comisión a la vereda de Sasaima, para impartir un curso de Diseño de Empaques

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

DIEGO MAURICIO ALFARO MEDINA
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,

ELIANA GARNICA NAMEN
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
JUAN CAMILO PULGARIN VANEGAS
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79980104	DIEGO MAURICIO ALFARO MEDINA	CAR 7 #1-24 SUR APTO 202-TORRE 2 LA	8110317	diegoalfaromedina@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
91382975	10/06/2026	91500946	11/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	N	$0	$10.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	9.900				9.900	9	100	10.000			99	10.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	9	0	0	0
ICBF				
0	9	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	0	0	0
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	9.900	10.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	1	9.900	10.000

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79980104	DIEGO MAURICIO ALFARO MEDINA	CAR 7 #1-24 SUR APTO 202-TORRE 2 LA	8110317	diegoalfaromedina@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
91382975	10/06/2026	91500946	11/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	N	$0	$10.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES															PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excepcion	IND	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Dias	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 79980104	ALFARO MEDINA DIEGO MAURICIO	59	0			N	R						X										25-14	1.894.999	30	303.200	0	0	0	0	EPS005	1.894.999	30	236.900	14-23	1.894.999	30	1	9.900		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79980104	DIEGO MAURICIO ALFARO MEDINA		CAR 7 #1-24 SUR APTO 202-TORRE 2 LA	8110317	diegoalfaromedina@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		91382975	10/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$0	$543.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	236.900	0		0		0	8	1.400	0	238.300	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	303.200	0	0	0	0	8	1.800	0	305.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	8	0	0	0
ICBF				
0	8	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	236.900	238.300
Pensión	1	303.200	305.000
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	540.100	543.300

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79980104	DIEGO MAURICIO ALFARO MEDINA	CAR 7 #1-24 SUR APTO 202-TORRE 2 LA	8110317	diegoalfaromedina@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		91382975	10/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$0	$543.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES															PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excepcion	IND	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Dias	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 79980104	ALFARO MEDINA DIEGO MAURICIO	3	0			N							X										25-14	1.894.999	30	303.200	0	0	0	0	EPS005	1.894.999	30	236.900		0	0		0		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ, 4 de Mayo del 2026

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
BOGOTÁ

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

C.C.	**1014995844**	**MATIAS FEDERICO ALFARO MEDINA**	**Hijo(a)**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente, con mi firma declaro: que NINGUNA PERSONA ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,

DIEGO MAURICIO ALFARO MEDINA
C.C. 79980104

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1014995844

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 43591944

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 64 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A 3 1

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía: COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C

Datos del Inscrito

Primer Apellido: ALFARO
Segundo Apellido: RODRIGUEZ
Nombre(s): MATIAS FEDERICO

Fecha de nacimiento: Año 2013 Mes FEB Día 08
Sexo (en letras): MASCULINO
Grupo sanguíneo: O
Factor RH: POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO
Número certificado de nacido vivo: 11911249-8

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: RODRIGUEZ OCAMPO LUISA FERNANDA
Documento de identificación (Clase y número): CC 52360501 de BOGOTA D.C
Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: ALFARO MEDINA DIEGO MAURICIO
Documento de identificación (Clase y número): CC 79980104 de BOGOTA D.C
Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: ALFARO MEDINA DIEGO MAURICIO
Documento de identificación (Clase y número): CC 79980104 de BOGOTA D.C
Firma

Datos Primer testigo

Apellidos y nombres completos:
Documento de identificación (Clase y número):
Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:
Documento de identificación (Clase y número):

Fecha de inscripción

Año 2013 Mes MAR Día 05

Nombre y firma del funcionario que autoriza: CERVELEON RODRIGUEZ HERNANDEZ
Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento: CERVELEON RODRIGUEZ HERNANDEZ
Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

EL NOTARIO 64 DEL CIRCULO DE BOGOTA D.C.
El Notario certifica:
Esta copia auténtica (fotocopia) del registro original el cual reposa en el archivo del registro del estado civil de esta notaría.

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Cendiatra

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE:CENDIATRA ZONA FRANCA
DIRECCIÓN: Carrera 106 # 15A-25, Business Center interior 141 oficina 408, Fontibón
CIUDAD DE LA SEDE:BOGOTÁ
TELÉFONO:6017450079 - 6017450087
EMAIL:citas.zonafranca@cendiatra.com
FECHA EXAMEN:2026-04-28

Nombres y apellidos:DIEGO MAURICIO ALFARO MEDINA
Fecha de nacimiento:20/09/1978
Empresa:PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo:INSTRUCTOR
Departamento:BOGOTÁ D.C.
ARL:NO REFIERE
Fondo de Pensiones:COLFONDOS

CC:79980104
Edad:47 **Sexo:**MASCULINO
Celular:3118710637
Estado Civil:SOLTERO
Fecha ingreso:2026-04-28 / 07:37:29
Fecha salida:2026-04-28 / 08:04:44
Actividad Económica:0010 - ASALARIADOS
EPS:E.P.S. SANITAS S.A.

EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- PERFIL LIPIDICO
- PSICOSOCIAL
- ENFASIS OSTEOMUSCULAR
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- ENFASIS CARDIOVASCULAR
- EXAMEN OPTOMETRICO

CONCEPTO DE APTITUD:
: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES:
NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:

La presente certificación se expide CON base EN la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 1843 de 2025. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve PRINCIPALMENTE para constatar quien presento la valoración. De acuerdo con lo indicado por el empleador, se constata que al trabajador se le comunicaron los resultados de las evaluaciones médicas ocupacionales, los cuales quedarán registrados en su historia médica ocupacional, la cual se encuentra bajo custodia de esta ips.

Dr. Franco Ivan Pedraza A.
Especialista en Salud Ocupacional
L.S.S.T. 6308 150518
RM 91518531

FRANCO IVAN PEDRAZA ARAUJO
CC: 91518531
RM: 91518531
LIC-SST: 6308 15/05/18
Firma y sello del médico

DIEGO MAURICIO ALFARO MEDINA
CC: 79980104
Firma del paciente

Cendiatra

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

SEDE:CENDIATRA ZONA FRANCA
DIRECCIÓN: Carrera 106 # 15A-25, Business Center interior 141 oficina 408, Fontibón
CIUDAD DE LA SEDE:BOGOTÁ
TELÉFONO:6017450079 - 6017450087
EMAIL:citas.zonafranca@cendiatra.com
FECHA EXAMEN:2026-04-28

Nombres y apellidos:DIEGO MAURICIO ALFARO MEDINA
Fecha de nacimiento:20/09/1978
Empresa:PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo:INSTRUCTOR
Departamento:BOGOTÁ D.C.
ARL:NO REFIERE
Fondo de Pensiones:COLFONDOS

CC:79980104
Edad:47 **Sexo:**MASCULINO
Fecha ingreso:2026-04-28 / 07:37:29
Fecha salida:2026-04-28 / 08:04:44
Actividad Económica:0010 - ASALARIADOS
EPS:E.P.S. SANITAS S.A.

Las presentes recomendaciones se expiden con base a su historial clínico ocupacional.
Recomendaciones generales, laborales y extralaborales:

1. NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:

Dr. Franco Ivan Pedraza A.
Especialista En Salud Ocupacional.
L.S-SST 6308 15/05/18
RM 91518531

FRANCO IVAN PEDRAZA ARAUJO
CC: 91518531
RM: 91518531
LIC-SST: 6308 15/05/18
Firma y sello del médico

DIEGO MAURICIO ALFARO MEDINA
CC: 79980104
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.

Cendiatra

REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

SEDE:CENDIATRA ZONA FRANCA
DIRECCIÓN: Carrera 106 # 15A-25, Business Center interior 141 oficina 408, Fontibón
CIUDAD DE LA SEDE:BOGOTÁ
TELÉFONO:6017450079 - 6017450087
EMAIL:citas.zonafranca@cendiatra.com
FECHA EXAMEN:2026-04-28

CC:79980104
Nombres y apellidos:DIEGO MAURICIO ALFARO MEDINA
Fecha de nacimiento:20/09/1978
Edad:47 **Sexo:**MASCULINO **RH:**O +
Celular:3118710637
Dirección:
Nombre acompañante:NO REFIERE NO REFIERE
Teléfono acompañante:NO REFIERE
Nombre responsable:NO REFIERE NO REFIERE
Teléfono responsable:NO REFIERE
Departamento:BOGOTÁ D.C.
ARL:NO REFIERE
Fondo de Pensiones:COLFONDOS

Empresa:PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo:INSTRUCTOR
Fecha ingreso:28/04/2026
Fecha salida:28/04/2026
Parentesco del responsable:NO REFIERE
Tipo de vinculación:REGIMEN CONTRIBUTIVO
Actividad Económica:0010 - ASALARIADOS
EPS:E.P.S. SANITAS S.A.

PERFIL LIPIDICO

	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
COLESTEROL TOTAL			
RESULTADO.CT	218	MG/DL	DESEABLE: < 200 MG/DL, INTERMEDIO ALTO: 200-239 MG/DL, ALTO: IGUAL O > 240 MG/DL
TRIGLICERIDOS			
RESULTADO.TG	174	MG/DL	NORMAL:<150MG/, INTERMEDIO:150 - 199MG/DL, ALTO:200 - 499MG/DL, MUY ALTO: IGUAL O >500MG/DL
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL			
RESULTADO.HDL	47	MG/DL	NORMAL:>40 MG/DL
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO			
RESULTADO.LDL	136.20	MG/DL	OPTIMO:<100 MG/DL, CERCANO AL OPTIMO: 100 -129 MG/DL, INTERMEDIO ALTO: 130 -159 MG/DL, ALTO: 160 -189 MG/DL, MUY ALTO: IGUAL O >190 MG/DL

ADJUNTAR RESULTADO
ADJUNTA FORMATO

Roxana M. Puello Villa
BACTERIOLOGA
C. UNIV. RAFAEL NUÑEZ

ROXANA MARIA PUELLO VILLA
RM: N/A
Firma y sello del médico

Cendiatra

REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

SEDE:CENDIATRA ZONA FRANCA
DIRECCIÓN: Carrera 106 # 15A-25, Business Center interior 141 oficina 408, Fontibón
CIUDAD DE LA SEDE:BOGOTÁ
TELÉFONO:6017450079 - 6017450087
EMAIL:citas.zonafranca@cendiatra.com
FECHA EXAMEN:2026-04-28

CC:79980104
Nombres y apellidos:DIEGO MAURICIO ALFARO MEDINA
Fecha de nacimiento:20/09/1978
Edad:47 **Sexo:**MASCULINO **RH:**O +
Celular:3118710637
Dirección:
Nombre acompañante:NO REFIERE NO REFIERE
Teléfono acompañante:NO REFIERE
Nombre responsable:NO REFIERE NO REFIERE
Teléfono responsable:NO REFIERE
Departamento:BOGOTÁ D.C.
ARL:NO REFIERE
Fondo de Pensiones:COLFONDOS

Empresa:PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo:INSTRUCTOR
Fecha ingreso:28/04/2026
Fecha salida:28/04/2026
Parentesco del responsable:NO REFIERE
Tipo de vinculación:REGIMEN CONTRIBUTIVO
Actividad Económica:0010 - ASALARIADOS
EPS:E.P.S. SANITAS S.A.

GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	98	MG/DL	NORMAL: 70-100 MG/DL, AGA: >100-125MG/DL, DM: >126

ADJUNTAR RESULTADO
CARGAR ARCHIVO

Roxana M. Puello Villa
BACTERIOLOGA
TP 2047456576
C. UNIV. RAFAEL NUÑEZ

ROXANA MARIA PUELLO VILLA
RM: N/A
Firma y sello del médico

Cendiatra

EXAMEN OPTOMETRICO

SEDE:CENDIATRA ZONA FRANCA

DIRECCIÓN: Carrera 106 # 15A-25, Business Center interior 141 oficina 408, Fontibón

CIUDAD DE LA SEDE:BOGOTÁ

TELÉFONO:6017450079 - 6017450087

EMAIL:citas.zonafranca@cendiatra.com

FECHA EXAMEN:2026-04-28

CC:79980104
Nombres y apellidos:DIEGO MAURICIO ALFARO MEDINA
Fecha de nacimiento:20/09/1978
Edad:47 **Sexo:**MASCULINO **RH:**O +
Celular:3118710637
Dirección:
Nombre acompañante:NO REFIERE NO REFIERE
Teléfono acompañante:NO REFIERE
Nombre responsable:NO REFIERE NO REFIERE
Teléfono responsable:NO REFIERE
Departamento:BOGOTÁ D.C.
ARL:NO REFIERE
Fondo de Pensiones:COLFONDOS

Empresa:PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo:INSTRUCTOR
Fecha ingreso:28/04/2026
Fecha salida:28/04/2026
Parentesco del responsable:NO REFIERE
Tipo de vinculación:REGIMEN CONTRIBUTIVO
Actividad Económica:0010 - ASALARIADOS
EPS:E.P.S. SANITAS S.A.

ANTECEDENTES PERSONALES

SECCIÓN 1

DIABETES:	NO
CIRUGÍA OCULAR:	NO
GLAUCOMA:	NO
HIPERTENSIÓN ARTERIAL:	NO
ALERGIAS:	NO
OTROS:	NO
¿PRESENTA CORRECCIÓN ÓPTICA DURANTE EL EXAMEN?:	NO

MOTIVO DE CONSULTA

SECCIÓN 1

VISIÓN BORROSA:	NO
ARDOR:	NO
LAGRIMEO:	NO
ENROJECIMIENTO:	NO
PRURITO:	NO
CEFALEA:	NO
ASTENOPIA:	NO
SALTO DE RENGLON:	NO
FOTOFOBIA:	NO
SECRECIÓN:	NO
DOLOR OCULAR:	NO
VISIÓN DOBLE:	NO
INVERSIÓN DE NÚMEROS Y LETRAS:	NO
MAREO:	NO
VERTIGO:	NO
MIODESOPSIAS:	NO
OTROS:	REFIERE CIRUGÍA REFRACTIVA HACE 22 AÑOS

AGUDEZA VISUAL

VISIÓN LEJANA		
SIN CORRECCION OD VISIÓN LEJANA:	20/20	-1
CON CORRECCION OD VISIÓN LEJANA:		
SIN CORRECCION OI VISIÓN LEJANA:	20/20	-1
CON CORRECCION OI VISIÓN LEJANA:		
SIN CORRECCION AO VISIÓN LEJANA:	20/20	
CON CORRECCION AO VISIÓN LEJANA:		
VISIÓN PRÓXIMA		
SIN CORRECCION OD:	0.50 CM.	
CON CORRECCION OD:		
SIN CORRECCION OI:	0.50 CM.	
CON CORRECCION OI:		
SIN CORRECCION AO VISIÓN PRÓXIMA:	0.50 CM.	
CON CORRECCION AO VISIÓN PRÓXIMA:		
ESTENOPEICO		
SIN CORRECCION OD ESTENOPEICO:	NO APLICA	
SIN CORRECCION OI ESTENOPEICO:	NO APLICA	
SIN CORRECCION AO ESTENOPEICO:	NO APLICA	

EXAMEN EXTERNO Y MOTOR

SECCIÓN 1

OD:	NORMAL
OI:	NORMAL

SECCIÓN 1

LEJOS:	ORTOFORIA
CERCA:	EXOFORIA
HIRSCHBERG:	CENTRADO
P.P.C:	6
MOTILIDAD OCULAR:	NORMAL

QUERATOMETRÍA

SECCIÓN 1

OD QUERATOMETRÍA:	NO APLICA
OI QUERATOMETRÍA:	NO APLICA

OFTAMOLSCOPIA

SECCIÓN 1

OD OFTAMOLSCOPIA:	FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL
OI OFTAMOLSCOPIA:	FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL

REFRACCÍON

OJO DERECHO	
ESTÁTICA:	N-0.25X60
DINÁMICA:	NO APLICA
CICLOPLEJÍA:	AV 20/20
OJO IZQUIERDO	
ESTÁTICA:	N-0.25X150
DINÁMICA:	NO APLICA
CICLOPLEJÍA:	AV 20/20

TEST ADICIONALES

SECCIÓN 1

TEXT ADICIONALES:	NO
VISIÓN CROMÁTICA:	NORMAL
ESTERIOPSIS:	NORMAL
TITMUS:	NO
RX EN USO	
OD:	NO APLICA
OI:	NO APLICA

DIAGNÓSTICO

SECCIÓN 1

DIAGNÓSTICO 1:	Z010: EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISIÓN
DIAGNÓSTICO 2:	
DIAGNÓSTICO 3:	
DIAGNÓSTICO 4:	
DIAGNÓSTICO 5:	
OBSERVACIONES:	

RECOMENDACIONES

SECCIÓN 1

REQUIERE FORMULA:	NO
CONTROL ANUAL:	SI
VALORACIÓN OFTALMOLÓGICA:	NO
VALORACIÓN OPTOMÉTRICA:	NO

MARIA CONSUELO ALVAREZ GARZON
CC: 52336320
RM: N/A
LIC-SST: N/A
Firma y sello del médico

DIEGO MAURICIO ALFARO MEDINA
CC: 79980104
Firma del paciente

Cendiatra

PSICOSOCIAL

SEDE:CENDIATRA ZONA FRANCA

DIRECCIÓN: Carrera 106 # 15A-25, Business Center interior 141 oficina 408, Fontibón

CIUDAD DE LA SEDE:BOGOTÁ

TELÉFONO:6017450079 - 6017450087

EMAIL:citas.zonafranca@cendiatra.com

FECHA EXAMEN:2026-04-28

CC:79980104
Nombres y apellidos:DIEGO MAURICIO ALFARO MEDINA
Fecha de nacimiento:20/09/1978
Edad:47 **Sexo:**MASCULINO **RH:**O +
Celular:3118710637
Dirección:
Nombre acompañante:NO REFIERE NO REFIERE
Teléfono acompañante:NO REFIERE
Nombre responsable:NO REFIERE NO REFIERE
Teléfono responsable:NO REFIERE
Departamento:BOGOTÁ D.C.
ARL:NO REFIERE
Fondo de Pensiones:COLFONDOS

Empresa:PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo:INSTRUCTOR
Fecha ingreso:28/04/2026
Fecha salida:28/04/2026
Parentesco del responsable:NO REFIERE
Tipo de vinculación:REGIMEN CONTRIBUTIVO
Actividad Económica:0010 - ASALARIADOS
EPS:E.P.S. SANITAS S.A.

CARACTERISTICAS DE PERSONALIDAD

SECCIÓN 1
INTERPRETACIÓN DEL RESULTADO:

CON LA APLICACIÓN DE LA PRUEBA SE IDENTIFICAN RASGOS DE PERSONALIDAD ASOCIADOS CON EL PERFIL DE INDIVIDUOS FUERTES, EQUILIBRADOS Y DE MOVILIDAD RÁPIDA, SON PERSONAS SOCIALES, DISCORDANTES, LOCUACES, REACTIVAS, VIVACES Y DESPREOCUPADAS, TIENDEN A SER LÍDERES DE GRAN PRODUCTIVIDAD, BUENA CAPACIDAD DE TRABAJO Y FACILIDAD PARA ADECUARSE A SITUACIONES NUEVAS.

OBSERVACIONES:

DE ACUERDO A TEST DE PERSONALIDAD REALIZADO A LA FECHA, NO SE EVIDENCIA LA EXISTENCIA DE TRASTORNOS MENTALES NI DE CONDUCTA O ALTERACIONES RELEVANTES EN LA ESCALA DE SALUD MENTAL. POR TAL MOTIVO NO SE REFLEJA NINGUNA ALTERACIÓN PSICOLÓGICA PARA DESEMPEÑARSE EN EL CARGO. NOTA: ESTE TEST CORRESPONDE A UNA PRUEBA TAMIZ ESTANDARIZADA Y NO UN TEST DIAGNOSTICO.

SECCIÓN 2
ADJUNTA FORMATO:

LINDA MILEIDY BOTERO RINCON
CC: 1093772755
RM: N/A
LIC-SST: 28692
Firma y sello del médico

DIEGO MAURICIO ALFARO MEDINA
CC: 79980104
Firma del paciente

FORMATO INFORME LEGALIZACION DESPLAZAMIENTO - CONTRATISTA		
CIUDAD Y FECHA (En la que se presenta el informe) **Bogotá 12/06/2026**		
PRESENTADO A: (Nombre del ordenador del gasto y cargo) **ELIANA GARNICA NAMEN**		
ORDEN DE VIAJE No: **3626**	**FECHA DE INICIO:** **24/05/2026**	**FECHA DE FINALIZACION:** **29/05/2026**
LUGAR A DONDE REALIZÓ EL DESPLAZAMIENTO **Santa Inés - Vereda la Victoria**	**REGIONAL / CENTRO DE FORMACION** **Distrito Capital**	**OTRA : (ciudad)** **Sasaima**
OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO: **TALLER DE EMPAQUES**		
ACTIVIDADES DESARROLLADAS:		

Día 1
Translado Bogotá - Sasaima
Contenido Técnico: Conceptos Básicos del Diseño de Empaques
Definición de empaque y su importancia en el marketing.
Tipos de empaques: primario, secundario y terciario.
Elementos del diseño: forma, color, tipografía y material.

Día 2
Contenido Técnico: Identidad de Marca y Empaque
Concepto de marca y su relación con el empaque
Cómo transmitir el mensaje de marca a través del diseño del empaque
Ejercicio Práctico: Creación de un moodboard de identidad de marca

Día 3
Contenido Técnico: Prototipado de Empaques
Cómo crear un modelo a escala del empaque.
Importancia del prototipado en el diseño.
Ejercicio Práctico: Creación de prototipos simples utilizando los materiales elegidos.
Contenido Técnico: Diseño Gráfico para Empaques
Introducción al Diseño Gráfico - Conceptos básicos de diseño gráfico aplicados al empaque - Herramientas digitales y manuales para el diseño gráfico."
Ejercicio Práctico: Diseño de etiquetas y gráficos para sus empaques.

Día 4

Contenido Técnico: Integración de Elementos Gráficos al Prototipo
Cómo aplicar los elementos gráficos directamente al empaque físico. Técnicas de impresión básica y transferencia de imágenes.
Ejercicio Práctico: Integrar los diseños gráficos en los prototipos creados.

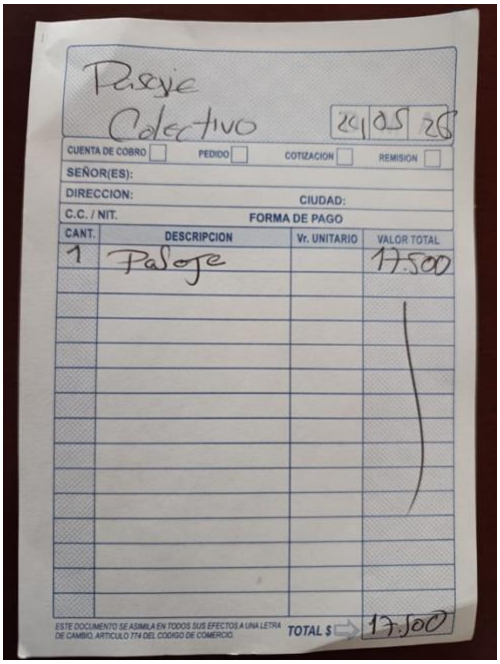
Día 5 **Contenido Técnico: Estrategias de Marketing a través del Empaque** **Empaque como Herramienta de Ventas**
RESULTADOS:
1. **Interacción activa de la comunidad** 2. **Ejecución eficiente de la formación** 3. **Desarrollo de empaques para emprendimientos de la comunidad**
EVIDENCIAS O SOPORTES: **Enuncie los archivos que soportan estos resultados y anexe lo correspondiente en este Informe**
1. **Imágenes del desarrollo de las clases** 2. **Imágenes productos finales**

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

CONCLUSIÓNES: **1. A pesar de ser una comunidad con manifiestas dificultades en la socialización, participó de manera activa en el proceso.** **2. La participación de este tipo de comunidades en ejercicios formativos de estas características, contribuye eficientemente a sus procesos de reinserción a la sociedad**

DATOS DEL CONTRATISTA	
NOMBRE Y APELLIDO	**FIRMA**
DIEGO MAURICIO ALFARO MEDINA	

VISTO BUENO SUPERVISOR		
CARGO DEL SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO SUPERVISOR**	**FIRMA**
COORDINADORA ACADÉMICA	**ELIANA GARNICA NAMEN**	


Pasaje Colectivo 29/05/26

CUENTA DE COBRO ☐ PEDIDO ☐ COTIZACION ☐ REMISION ☐

SEÑOR(ES):

DIRECCION: CIUDAD:

C.C. / NIT. FORMA DE PAGO

CANT.	DESCRIPCION	Vr. UNITARIO	VALOR TOTAL
1	Pasaje		17.500

ESTE DOCUMENTO SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO, ARTICULO 774 DEL CODIGO DE COMERCIO.

TOTAL $ 17.500

Colectiva 29/05/2026

CUENTA DE COBRO ☐ PEDIDO ☐ COTIZACION ☐ REMISION ☐

SEÑOR(ES):

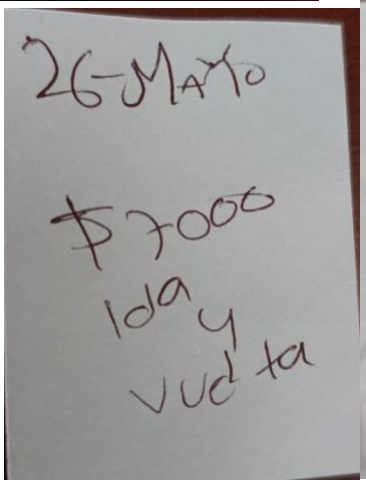
DIRECCION: CIUDAD:

C.C. / NIT. FORMA DE PAGO

CANT.	DESCRIPCION	Vr. UNITARIO	VALOR TOTAL
	Pasaje		17.500

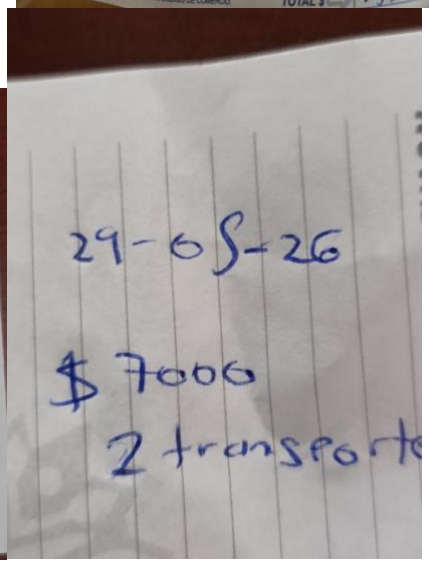
ESTE DOCUMENTO SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO, ARTICULO 774 DEL CODIGO DE COMERCIO.

TOTAL $ 17.500


26-Mayo

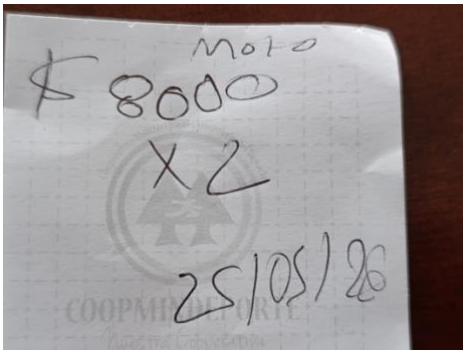
$7000

ida y vuelta


29-05-26

$ 7000

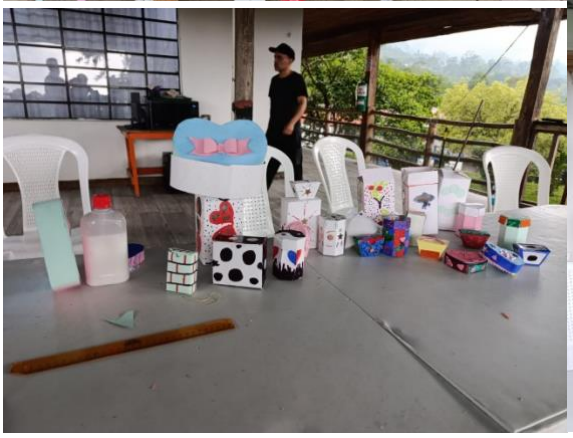
2 transporte


Moto

$ 8000

X2

25/05/26



WELCOME TO ZRII
BIENVENIDO A ZRII

WELCOME TO ZRII
BIENVENIDO A ZRII

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

Usuario que Genera Reporte:	MHjcpulgar	JUAN CAMILO PULGARIN VANEGAS
Unidad ó Subunidad que Genera Reporte:	36-02-00-011-921710	CENTRO PARA LA INDUSTRIA DE LA COMUNICACIÓN GRAFICA-BTA D C
Fecha y Hora Generación Reporte:	jueves, 21 de mayo de 2026	

Comisión Servicio al Interior del País - Tramite - Inicial

Solicitud de Comisión No.	3626	**Fecha Solicitud**	2026-05-21	**Estado de la Comisión**	Autorizada	**Unidad Ejecutora o Subunidad - 36-02-00-011-921710 CENTRO PARA LA INDUSTRIA DE LA COMUNICACIÓN GRAFICA-BTA D C**			
Tipo de Comisión	Servicio	**Fecha Aut./ Rech.**	2026-05-21	**Genera Viáticos**	SI	**Genera gastos de viaje**	Si	**Requiere Pasajes Aéreos**	NO
Transporte por Vía	Terrestre	**Área u Oficina**	SUBDIRECCIÓN			**Tipo de trámite**	Inicial	**Comisión Inicial**	

CDP de viáticos

Consecutivo CDP	5126	**Dependencia Solicitante**		921785 CENTRO PARA LA INDUSTRIA DE LA COMUNICACIÓN GRAFICA - BTA D C - ECONOMIA POPULAR	
Rubro Presupuestal de Viaticos		C-3603-1300-20-20305C-3603025-02 - ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL - FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE SABERES PREVIOS CON ÉNFASIS EN POBLACIONES CAMPESINAS Y POPULARES EN COLOMBIA NACIONAL	**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
DIEGO MAURICIO ALFARO MEDINA	CC: 79980104	CONTRATISTA	Autorizada	2026-05-24	2026-05-29	BOGOTA D.C. / BOGOTA D.C.	CUNDINAMARCA / SASAIMA	5,5	No	50	5,5	4.737.497,00	251.640,00	1.384.020,00	56.813,00	1.440.833,00	TALLER DE EMPAQUES
											Totales Solicitud de Comisión			**1.384.020,00**	**56.813,00**	**1.440.833,00**	

OBJETO DE LA COMISIÓN

TALLER DE EMPAQUES

ORDENADOR DEL GASTO

Identificacion:	1013646232	Nombre:	JUAN CAMILO PULGARIN VANEGAS	Cargo:	SUBDIRECTOR CENTRO PARA LA INDUSTRIA DE LA COMUNICACION GRAFICA - BOGOTA D.C

VISTO BUENO JEFE INMEDIATO

Nombre:	""	Cargo:	""

MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO

Firmado digitalmente por: MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO
Serial del certificado: 1566035429378378625
Entidad: MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO
Unidad Organizacional: Persona Juridica
Hora de firma: 2026/05/21 17:19:30 -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:	MHjcpulgar	JUAN CAMILO PULGARIN VANEGAS
Unidad ó Subunidad que Genera Reporte:	36-02-00-011-921710	CENTRO PARA LA INDUSTRIA DE LA COMUNICACIÓN GRAFICA-BTA D C
Fecha y Hora Generación Reporte:	jueves, 21 de mayo de 2026	

Firma Responsable

Verificado Por:	CARLOS ANDRES BOGOTA OLARTE	Fecha Verificación:	21/05/2026 17:08:43

Firmado digitalmente por:
Nombre: JUAN CAMILO PULGARIN VANEGAS
Cédula de ciudadanía: 1013646232
Usuario SIIF: MHjcpulgar
21/05/2026 5:19:41 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.

Reporte Compromiso Presupuestal de Gasto Comprobante

Usuario Solicitante:	MHcbogota	CARLOS ANDRES BOGOTA OLARTE
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	36-02-00-011-	CENTRO PARA LA INDUSTRIA DE LA
Fecha y Hora Sistema:	2026-05-21-6:42 p. m.	

REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO

Con base en el CDP No: 5126 de fecha 2026-01-13. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle

Número:	37526	**Fecha Registro:**	2026-05-21	**Unidad / Subunidad Ejecutora:**		36-02-00-011-921710 CENTRO PARA LA INDUSTRIA DE LA COMUNICACIÓN GRAFICA-BTA D C			
Vigencia Presupuestal	Actual	**Estado:**	Generado			**Tipo de Moneda:**	COP-Pesos	**Tasa de Cambio:**	0,00
Valor Inicial:	1.440.833,00	**Valor Total Operaciones:**	0,00			**Valor Actual:**	1.440.833,00	**Saldo x Obligar:**	1.440.833,00
TERCERO ORIGINAL									
Identificación: Cédula de Ciudadanía	79980104	**Razón Social:**	DIEGO MAURICIO ALFARO MEDINA					**Medio de Pago:**	Abono en cuenta
CUENTA BANCARIA									
Número:	24025077788	**Banco:**	BANCO CAJA SOCIAL S.A.				**Tipo:**	Ahorro	**Estado:** Activa
ORDENADOR DEL GASTO									
Identificación:	1013646232	**Nombre:**	JUAN CAMILO PULGARIN VANEGAS			**Cargo:**	SUBDIRECTOR CENTRO PARA LA INDUSTRIA DE LA COMUNICACION GRAFICA - BOGOTA D.C.		

CAJA MENOR				VIÁTICOS				DOCUMENTO SOPORTE					
Identificación:		**Fecha de Registro:**		**Genera Viáticos:**	Si	**Núm. Solicitud de Comisión:**	**3626**	**Número:**	3626	**Tipo:**	SOLICITUD	**Fecha:**	2026-05-21

ÍTEM PARA AFECTACIÓN DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICIÓN CATÁLOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO	SITUAC.	FECHA OPERACIÓN	VALOR INICIAL	VALOR OPERACIÓN	VALOR ACTUAL	SALDO X OBLIGAR
921785 CENTRO PARA LA INDUSTRIA DE LA	C-3603-1300-20-20305C-3603025-02 ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE	Nación	10	CSF		1.440.833,00	0,00		
					Total:	1.440.833,00	0,00	1.440.833,00	1.440.833,00

Objeto:	VIÁTICOS FORMACIÓN:COM:3626: TALLER DE EMPAQUES. DESTINO: SASAIMA. FECHA: 24-05-2026 - 29-05-2026. DIAS:5,5. RAD: 059552.

PLAN DE PAGOS

DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC		POSICION DEL CATALOGO DE PAC		FECHA	VALOR A PAGAR	SALDO POR OBLIGAR	LINEA DE PAGO
36-02-00-011-921710	CENTRO PARA LA INDUSTRIA DE LA	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACION CSF	2026-05-21	1.440.833,00	1.440.833,00	NINGUNO

FIRMA(S) RESPONSABLE(S)

	Versión: 05
	Código: ETH-F-005

PROCESO

GESTIÓN DE TALENTO HUMANO

NOMBRE DEL FORMATO

FORMATO AGENDA DESPLAZAMIENTO CONTRATISTA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública	X	**Pública Clasificada**		**Pública Reservada**	

DATOS DEL CONTRATISTA QUE SE DESPLAZA

FECHA DE ELABORACIÓN DE AGENDA				5-5-2026			
NOMBRES Y APELLIDOS				**IDENTIFICACIÓN**			
DIEGO MAURICIO ALFARO MEDINA				**Tipo:**	**C.C.**	**No.**	**79983104**
CONTRATO	**No.**	**900339N**	**AÑO**	2026	**FECHA VENCIMIENTO DEL CONTRATO**	12	11	2026
OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TÉCNICO PARA ATENDER LOS PROCESOS FORMATIVOS DE LOS APRENDICES EN LAS COMPETENCIAS TÉCNICAS ASOCIADOS A LA RED DE CONOCIMIENTO DE INFORMÁTICA, DISEÑO Y DESARROLLO DE SOFTWARE EN EL ÁREA						
DIRECCIÓN GENERAL/ REGIONAL				**DEPENDENCIA/ CENTRO**			
NOMBRE DEL ORDENADOR DEL GASTO (de la Movilización)	JUAN CARLO PULGARIN VANEGAS			**CARGO**	SUBDIRECTOR DE CENTRO GECIC		
NOMBRE DEL SUPERVISOR(A) DEL CONTRATO	ELAINA GARNICA NAREN			**CARGO**	INSTRUCTOR		

INFORMACIÓN DEL DESPLAZAMIENTO

RUTA	**Bogotá - Sacama / Sacama-Bogotá**							
DIRECCIÓN GENERAL/ REGIONAL				**DEPENDENCIA/ CENTRO**				
CIUDAD/DEPARTAMENTO O MUNICIPIO/DEPARTAMENTO O ENTIDAD				**ENTIDAD O EMPRESA:**		**CONTACTO**		
FECHA INICIO DEL DESPLAZAMIENTO	**24**	**5**	**2026**	**FECHA FIN DESPLAZAMIENTO:**		**29**	**5**	**2026**
OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO	TALLER DE EMPAQUES							

OBLIGACIONES DEL CONTRATO

1	

AGENDA

ACTIVIDADES (Deben contener información detallada de las tareas a realizar día a día)				
Día inicio	**25**	**5**	**2026**	
Desplazamiento ruta de ida:				**Bogotá - Sacama**
Medio de transporte: aéreo, terrestre, fluvial:				Terrestre
Actividades a ejecutar:				
25	**HORA 8:00 a 11:00 AM**			***Contenido Técnico-Conceptos Básicos del Diseño de Empaques***
	HORA 12:00 a 5:00 PM			**Definición de empaque y su importancia en el marketing.**
				Tipos de empaques: primario, secundario y terciario.
				Elementos del diseño: forma, color, tipografía y material.
				Ejercicio Práctico: Análisis de empaques existentes de productos locales/ posibles mejoras.
Día 2 Actividades a ejecutar:	**26**	**5**	**2026**	**Contenido Técnico-Identidad de Marca y Empaque**
26	**HORA 8:00 AM a 12:00 M**			**Concepto de marca y su relación con el empaque**
				Cómo transmitir el mensaje de marca a través del diseño del empaque
				Ejercicio Práctico: Creación de un moodboard de identidad de marca
				Ventajas y desventajas de cada material.
	HORA 1:00 a 5:00 PM			**Ejercicio Práctico:Taller de selección de materiales.**
		5	**2026**	