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 VALLE

CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA-VALLE

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

Código Regional	**76**
Código Centro	**912410**
Fecha Elaboración	**Julio de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**38382-217680**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ADRIAN FELIPE ACOSTA CIFUENTES	**Banco a consignar:**	BANCO BBVA
Cédula de Ciudadanía	1.115.078.697	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	faacostac@sena.edu.com	**Número de Cuenta:**	556189546
IP/Nº de contacto:	3153892021	**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 2023**	NO

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2023 fueron iguales o superiores a $59.377.000	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2024 es igual o superior a $188.260.000 (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:	6466754/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**194024**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	5

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTACIÓN DE SERVICIOS ORIENTANDO FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL COMO INSTRUCTOR SENA A TRAVÉS DE ACCIONES REGULARES EN MODALIDADES PRESENCIAL, A DISTANCIA Y/O VIRTUAL EN CUALQUIER PROGRAMA DE LOS DIFERENTES NIVELES DE FORMACIÓN DEL CAB

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**03/07/2024**	**Al**	**31/07/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 17.862.180
Número de pago	**1**			**Valor Total del Contrato:**	$ 17.862.180
Valor Bruto Pago:			**$ 4.167.843,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 13.694.337

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.167.843	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 999.085	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 5.166.928**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.505.228**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Julio	Junio			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**1064287513**	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.505.228,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.667.137	$ 0	Base retención en la fuente a titulo de ICA	5.166.928,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 208.400	$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 266.800	$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL	II	$ 17.500	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		Reteica - 8523 - GUADALAJARA D	15.501,00	0,300%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		-	0,00	0%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		-	0,00	0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -		-	0,00	0%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -		Pro-UCEVA	25.835,00	0,500%
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	$ 753.040	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$ 15.492.229	$ 1.169.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 0			Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		**VALOR A PAGAR**	**$4.126.507,00**	

SON: CUATRO MILLONES CIENTO VEINTISEIS MIL QUINIENTOS SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

SE ADJUNTA INFORME DE ACTIVIDADES DE JULIO 2024

SE ADJUNTA INFORME DE EVIDENCIAS

SE ADJUNTA PLANILLA DE SEGURIDAD SOCIAL N°1064287513 DEL MES DE JUNIO 2024

SE ADJUNTA INFORME DE DESPLAZAMIENTO MES DE JUNIO

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

ADRIAN FELIPE ACOSTA CIFUENTES
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:

1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;

2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;

3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

GERMAN SUAREZ GARCIA
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

ALBETH MARTINEZ VALENCIA

SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

16/07/24 10:25:46 USUARIO: SIC - C.C. 1115078697

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-07-12, 04:09:41 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1064287513

Periodo Cotización: junio de 2024 **Periodo Servicio:** junio de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8810462907

PAGADO 11/07/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ADRIAN FELIPE ACOSTA CIFUENTES		
Documento	CC1115078697	**Dirección**	CR 12 #15 - 40
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3153892021
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BUGA	**Departamento**	VALLE DEL CAUCA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1115078697	ADRIAN FELIPE ACOSTA CIFUENTES	59	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.786.218	$ 285.800	(EPS018) S.O.S EPS	$ 1.786.218	$ 223.300	1,044	$ 1.786.218	$ 18.700	(CCF56) COMFENALCO VALLE	$ 1.786.218	$ 35.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 563.600

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.786.218	$ 1.786.218	$ 1.786.218	$ 1.786.218	$ 285.800	$ 223.300	$ 18.700	$ 35.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 563.600	$ 0	$ 563.600

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.
NIT 805.001.157 - 2
CERTIFICA:

El(la) señor(a) ADRIAN FELIPE ACOSTA CIFUENTES , identificado(a) con CC 1115078697 se encuentra afiliado(a) en el Plan de Beneficios en Salud P.B.S. en la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. E.P.S., con fecha de última afiliación: 01/06/2011 y su estado de Afiliación a la fecha de generación este certificado es: ACTIVO por el Régimen CONTRIBUTIVO, en calidad de COTIZANTE

Empresa: ADRIAN FELIPE ACOSTA CIFUENTES

Nit: 1115078697

Para constancia de lo anterior se firma en la Ciudad de Santiago de Cali, a los DIECISEIS (16) días del mes de JULIO del año 2024.

Información sujeta a verificación por parte de la EPS Servicio Occidental de Salud SOS S.A, "Esta información es propiedad privada del Ministerio de Salud y Protección Social."

Este documento no es válido como autorización de servicios o traslado entre EPS.

Atentamente,

Andres Arango Zapata.
Gerencia de Experiencia al Usuario

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto [0 1] Inscripción

4. Número de formulario: 14975429939

(415)7707212489984(8020) 000001497542993 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 1 1 5 0 7 8 6 9 7	7	Impuestos y Aduanas de Palmira	1 5	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 1 1 5 0 7 8 6 9 7	2 0 1 0 1 1 0 9

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Guadalajara de Buga 1 1 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ACOSTA	CIFUENTES	ADRIAN	FELIPE

35. Razón social

36. Nombre comercial | 37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Guadalajara de Buga 1 1 1

41. Dirección principal: CR 12 15 43

42. Correo electrónico: felipeac1108@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 5 3 8 9 2 0 2 1	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 5 1	2 0 2 4 0 1 2 5	8 5 2 3	2 0 2 4 0 1 2 5	8 2 9 9			

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 4 9																									

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [X] NO [ ] | 60. No. de Folios: 1 | 61. Fecha: 2024 - 01 - 25 / 13 : 24: 36

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso. Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante: felipe Acosta

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: FORERO ROJAS CARLOS HERNANDO

985. Cargo: Analista I

Fecha generación documento PDF: 25-01-2024 01:24:50PM

DOCUMENTO SIN COSTO CERTIFICADO

ESPECIALISTAS EN SALUD OCUPACIONAL

Nit. 900372493-8
Cel. 3183940160- 2374442 - 2390179
Calle 4 # 17 -29 - Guadalajara de Buga
sistemas@prowork.com.co

PSICOLOGÍA OCUPACIONAL

Datos Personales

N° Atención: 9,079

Ciudad: GUADALAJARA DE BUGA (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) 23/01/2024 - 07:30 A. M. **Fecha Atención:** 23/01/2024 07:30:46a. m.

CC: 1115078697 **Nombres y Apellidos:** ACOSTA CIFUENTES ADRIAN FELIPE **Fecha de Nacimiento:** 08/11/1992 **Edad:** 31 AÑOS 2 MESES 15 DÍA

Genero: MASCULINO **Estado Civil:** UNIÓN LIBRE **Dirección:** CRA 12 15 43 **Teléfono:** **Celular:** 3153892021

Entidad: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA) **Profesión o Cargo:** INSTRUCTOR

Funciones del Cargo: **Nivel Académico:** UNIVERSITARIO **Acudiente:**

Teléfono del Acudiente: **Parentesco:**

Diagnóstico:

CONCEPTO

Durante el proceso se muestra ubicado en tiempo y espacio, elocuente en su manera expresarse. Se destaca la seguridad en sí mismo, reconoce fácilmente sus fortalezas. En su prueba se evidencia: Es defensivo y mantiene un equilibrio saludable entre autoevaluación positiva y autocrítica. Se muestra psicológicamente bien adaptado, con pocos síntomas abiertos de trastorno emocional. Es independiente, seguro de sí mismo, capaz de enfrentar los problemas diarios y tiene una capacidad intelectual elevada. Además, muestra intereses amplios, es ingenioso, emprendedor, versátil y tiene un pensamiento claro y razonable. Es sociable, entusiasta y asume un papel ascendente.

Posee experiencia en la labor de docencia lo que puede poner a su favor para su adaptación al cargo.

APTO PARA EL CARGO

PSICÓLOGO

Yorli García C
Yorli García Calero
PSICÓLOGA / UNIVALLE
Especialista SST
Registro 765791
Tarjeta Profesional 193390
Licencia 1359

Firma:
Nombre: GARCIA CALERO YORLI
R. M.: 11114813224

PACIENTE

Felipe Acosta

Firma:
Nombre: ACOSTA CIFUENTES ADRIAN FELIPE
CC: 1115078697

Prowork
ESPECIALISTAS EN SALUD OCUPACIONAL
Nit. 900372493-8
Cel. 3183940160- 2374442 - 2390179
Calle 4 # 17 -29 - Guadalajara de Buga
sistemas@prowork.com.co

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 108.504

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
23 DÍA	01 MES	2024 AÑO	GUADALAJARA DE BUGA (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MEDICA OSTEOMUSCULAR DE INGRESO, CON ENFASIS CARDIOVASCULAR Y PSICOSOCIAL

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)

Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
ACOSTA CIFUENTES ADRIAN FELIPE	MASCULINO	31 AÑOS 2 MESES 15 DÍAS	CC (Tipo)	1115078697 (Número)

Cargo
INSTRUCTOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

Observaciones: *NO APLICA*

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)	N/A

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN MÉDICA OSTEOMUSCULAR	✓	EVALUACIÓN PSICOLÓGICA	✓
GLUCOSA EN SUERO	✓	OPTOMETRÍA	✓
PERFIL LIPÍDICO	✓	HEMOLEUCOGRAMA/CUADRO HEMATICO/HEMOGRAMA	✓
CITOQUIMICA DE ORINA / UROANÁLISIS (PARCIAL DE ORINA)	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	EDUCACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y MEDIDAS DE ERGONOMÍA. DOTAR Y EXIGIR USO ADECUADO DE EPP SEGÚN EXPOSICIÓN Y LABOR A DESEMPEÑAR	
	CAPACITAR Y ENTRENAR EN EL ADECUADO USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

NO SE GENERAN RECOMENDACIONES MEDICAS PARA EL TRABAJO
TAMIZAJE DE RCV FRAMINGHAM PUNTUACION 1, RCV 1.9% A 10 AÑOS

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento. De igual manera he sido notificado por parte del médico evaluador del resultado obtenido a raíz de la evaluación médica ocupacional.

Médico

Dr. Jorge Humberto Arias P.
Médico Cirujano
Especialista SST
TP 5900
Lic. SST 1372 SSR

Firma:

Nombre: ARIAS PATIÑO JORGE HUMBERTO

R. M.: 5900 **L.S.O.:** SST. 1372 SSR

Aspirante o Trabajador

Felipe Acosta

Firma:

Nombre: ACOSTA CIFUENTES ADRIAN FELIPE

CC: 1115078697

ESPECIALISTAS EN SALUD OCUPACIONAL

Nit. 900372493-8
Cel. 3183940160- 2374442 - 2390179
Calle 4 # 17 -29 - Guadalajara de Buga
sistemas@prowork.com.co

RECOMENDACIONES

Paciente: ACOSTA CIFUENTES ADRIAN FELIPE

Fecha: 23/01/2024

Identificación: CC: 1115078697

Fecha Nacimiento: 08/11/1992

Cargo: INSTRUCTOR

Edad: 31 AÑOS 2 MESES 15 DÍAS

Género: MASCULINO

Estado Civil: UNIÓN LIBRE

Dirección: CRA 12 15 43

Ciudad: GUADALAJARA DE BUGA (VALLE DEL CAUCA, CO

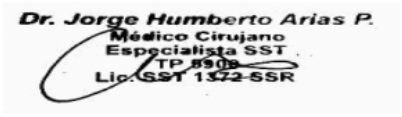
RECOMENDACIONES GENERALES

ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA, BAJA EN GRASAS Y HARINAS, RICA EN VERDURAS Y FRUTAS, EJERCICIO FÍSICO REGULAR, DE ACUERDO A SU ESTADO FÍSICO Y CONDICIÓN DE SALUD, SOLICITE EN SU ENTIDAD DE SALUD VALORACIÓN MÉDICA POR ALTERACIÓN EN CIFRAS TENSIONALES

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

CAPACITAR Y ENTRENAR EN EL ADECUADO USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, EDUCACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y MEDIDAS DE ERGONOMÍA. DOTAR Y EXIGIR USO ADECUADO DE EPP SEGÚN EXPOSICIÓN Y LABOR A DESEMPEÑAR

Médico



Firma:

Nombre: ARIAS PATIÑO JORGE HUMBERTO

R. M.: 5900 **L.S.O.:** SST. 1372 SSR

Nit. 900372493-8
Cel. 3183940160- 2374442 - 2390179
Calle 4 # 17 -29 - Guadalajara de Buga
sistemas@prowork.com.co

DATOS PERSONALES

Orden de Servicio N°: 136500

Municipio: GUADALAJARA DE BUGA (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) Fecha y Hora: martes, 23 de enero de 2024 06:55:50 a.m.

Nombres y Apellidos: ACOSTA CIFUENTES ADRIAN FELIPE CC: 1115078697 Género: MASCULINO

F. Nacimiento: 08/11/1992 Edad: 31 AÑOS 2 MESES 15 DÍAS Entidad: PARTICULAR PROWORK

RESULTADOS DEL LABORATORIO

HEMATOLOGÍA

HEMOLEUCOGRAMA/CUADRO HEMATICO/HEMOGRAMA

ITEM	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
WBC	9.88	10^3/uL	5,00 - 10,00
LYM%	49.7	%	20,0 - 50,0
MID%	9.3	%	3,0 - 10,0
GRA%	41.0	%	40,0 - 70,0
RBC	5.09	10^6/uL	3,80 - 5,80
HGB	15.2	g/dL	12,0 - 17,2
HCT	48.2	%	36,0 -52,0
PLT	303	10^3/uL	150 - 450

Erick Antonio Rosales Cerpa
Bacteriólogo(a) RP: 13014311

INMUNOLOGÍA

CITOQUIMICA DE ORINA / UROANÁLISIS (PARCIAL DE ORINA)

NOMBRE DEL EXAMEN	RESULTADO	UNIDADES	VALOR DE REFERENCIA
PARCIAL DE ORINA (UROÁNALISIS)			
QUIMICA			
COLOR	AMARILLO		
ASPECTO	LIG. TURBIO		
PH	5.0		
DENSIDAD	1030		
BILIRRUBINA	NEGATIVO		NEGATIVO
UROBILINOGENO	NEGATIVO		0,2
CETONA	NEGATIVO		NEGATIVO
GLUCOSA	NEGATIVO		NEGATIVO
PROTEINA	NEGATIVO		NEGATIVO
NITRITOS	NEGATIVO		NEGATIVO
MICROSCOPICO			
LEUCOCITOS	0 - 2 XC		0 - 3 POR CAMPO
CELULAS EPITELIALES	0 - 2 XC		0 - 3 POR CAMPO
ERITROCITOS	ESCASOS		0 - 1 POR CAMPO
BACTERIAS	ESCASAS		ESCASAS
MOCO	NO SE OBSERVA		NO SE OBSERVA
CRISTALES	NO SE OBSERVA		NO SE OBSERVA

Erick Antonio Rosales Cerpa
Bacteriólogo(a) RP: 13014311

QUÍMICA

GLUCOSA EN SUERO

Nit. 900372493-8
Cel. 3183940160- 2374442 - 2390179
Calle 4 # 17 -29 - Guadalajara de Buga
sistemas@prowork.com.co

DATOS PERSONALES **Orden de Servicio N°: 136500**

Municipio: GUADALAJARA DE BUGA (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) Fecha y Hora: martes, 23 de enero de 2024 06:55:50 a.m.

Nombres y Apellidos: ACOSTA CIFUENTES ADRIAN FELIPE CC: 1115078697 Género: MASCULINO

F. Nacimiento: 08/11/1992 Edad: 31 AÑOS 2 MESES 15 DÍAS Entidad: PARTICULAR PROWORK

EXAMEN SOLICITADO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
GLUCOSA	82	mg/dl	70-110 mg/dl

Erick Antonio Rosales Cerpa
Bacteriólogo(a) RP: 13014311

PERFIL LIPÍDICO

EXAMEN SOLICITADO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
COLESTEROL TOTAL	191	mg/dl	Hasta 200 mg/dl
OBSERVACIONES:			
COLESTEROL HDL	58	mg/dl	Mayor de 35 mg/dl
OBSERVACIONES:			
COLESTEROL LDL	108	mg/dl	Hasta 150 mg/dl
OBSERVACIONES:			
COLESTEROL VLDL	25	mg/dl	Menor de 30 mg/dl
OBSERVACIONES:			
TRIGLICERIDOS	127	mg/dl	Hasta 160 mg/dl
OBSERVACIONES:			
INDICE ARTERIAL	3.29		< 4.5

Erick Antonio Rosales Cerpa
Bacteriólogo(a) RP: 13014311

Prowork
ESPECIALISTAS EN SALUD OCUPACIONAL
Nit. 900372493-8
Cel. 3183940160- 2374442 - 2390179
Calle 4 # 17 -29 - Guadalajara de Buga
sistemas@prowork.com.co

EXAMEN DE OPTOMETRÍA

DATOS PERSONALES — **Atención Nº: 57,088**

Fecha: 23/01/2024 **Municipio:** GUADALAJARA DE BUGA (VALLE DEL CAUCA **CC:** 1115078697 **Nombre:** ACOSTA CIFUENTES ADRIAN FELIPE **Edad:** 31 AÑOS 2
Genero: MASCULINO **Profesión o Cargo:** INSTRUCTOR **Empresa:** SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
Eps: SOS **Tipo Evaluación Medica:** EVALUACIÓN MEDICA OSTEOMUSCULAR DE INGRESO, CON ENFASIS (**F. Último Examen:** 1 AÑO
Lugar del Último Examen: BUGA **Motivo Consulta:** CONTROL VISUAL

ANTECENDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	NIEGA
ANTECENDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL	VDT
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	PERMANENTES
TRAE RX	SI
ÚLTIMO DIAGNÓSTICO	ASTIGMATISMO POR H.C
USA ANTEOJOS	SI USA

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA

ASINTOMÁTICO

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA	20/50	0.50M	N/A	+0.25-0.75*180	20/ 25	0.50M
O.I:	NO APLICA	20/50	0.50M	N/A	+0.25-0.75*180	20/ 25	0.50M
A.O:	NO APLICA	20/50	0.50M	N/A	NO APLICA	20/ 25	0.50M

EXAMEN EXTERNO

OJO DERECHO: **SEGMENTO ANTERIOR NORMAL**
OJO IZQUIERDO: **SEGMENTO ANTERIOR NORMAL**

REFLEJOS

OBSERVACIÓN: **PRESENTES Y NORMALES**

COVER TEST

VISIÓN LEJANA: **NORMAL**
VISIÓN PROXIMA: **EXOFORIA FISIOLOGICA**

MOTILIDAD OCULAR

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

PUNTO PRÓXIMO DE CONVERGENCIA

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

OFTALMOSCOPÍA

OJO DERECHO: **FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL**
OJO IZQUIERDO: **FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL**

QUERATROMETRÍA

OJO IZQUIERDO: **K´ =**
OJO DERECHO: **K´ =**

REFRACCIÓN

OJO DERECHO	-	AV VL 20/ **20**
OJO IZQUIERDO	-	AV VL 20/ **20**

RX FINAL

OJO IZQUIERDO	+0.25-1.00*180	AV VL 20/ **20**	AV VP 20/ **0.5**
OJO DERECHO	+0.25-1.00*180	AV VL 20/ **20**	AV VP 20/ **0.5**

VISIÓN COLOR

OJO DERECHO: **NORMAL**
OJO IZQUIERDO: **NORMAL**

ESTEREOPSIS

OBSERVACIÓN: **NORMAL EN 25" DE ARCO CON RX EN USO**

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
H522	ASTIGMATISMO	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO
USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE
USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PARA VISIÓN LEJANA
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

DX ASTIGMATISMO EN A.O
SE DA RX DE USO PERMANENTE
CONTROL EN 1 AÑO

PROFESIONAL

Ricardo Valderrama A.
Reg: 1.115.074.025
Optometra
Areandina Pereira

Firma:
Nombre: VALDERRAMA ALBORNOZ RICARDO
R. M.: 1115074025 **L.S.O.:**

PACIENTE

Felipe Acosta

Firma:
Nombre: ACOSTA CIFUENTES ADRIAN FELIPE
CC: 1115078697

Hace constar:

Que el Sr(a) ADRIAN ADRIAN ACOSTA CIFUENTES Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1115078697 realizó el día 15/07/2024 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo ADRIAN ADRIAN ACOSTA CIFUENTES Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1115078697 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.

2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.

3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.

4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.

Felipe Acosta

Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 27/06/2024

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	899999034	**Cédula Usuario:**	CC 1115076765
Nombre:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA				
Dirección:	CLL 2 NO 13-03 BARRIO SAN RAFAEL				
Departamento:	CUNDINAMARCA		**Municipio:**	VILLETA	
Correo electrónico:	ACCIDENTALIDADSST@SENA.EDU.CO				
Teléfono:	5978250		**Tarifa:**	0.522	
Actividad Económica:	1855101 FORMACION ACADEMICA NO FORMAL, INCLUYE LA EDUCACION QUE SE OFRECE CON EL OBJETO DE COMPLEMENTAR, ACTUALIZAR, SUPLIR CONOCIMIENTOS Y FORMAR ACADEMICAMENTE A TRAVES DE CURSOS CON PROGRAMAS QUE TIENEN UN CARACTER ORGANIZADO Y CONTINUO, AUNQUE NO ESTEN SUJETOS AL SISTEMA DE NIVELES Y GRADOS ESTABLECIDOS EN LA EDUCACION FORMAL				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 1115076765	DIANA YURANI GONZALEZ CACERES

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	718	28/06/2024	CC 1115078697	ACOSTA CIFUENTES ADRIAN	2	1.044	**Independiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

26C5C8D698C6709F35DD6AA8530009CD Certificado impreso el día 6/27/2024 3:51:51 PM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 941 541**, en Bogotá (**601**) **6000 811.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

ADRIAN FELIPE
ACOSTA CIFUENTES
1115078697

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
899999034

Este carné es personal e intransferible.

BBVA
Creando Oportunidades

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

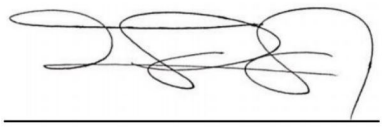
Que nuestro(a) cliente **ADRIAN FELIPE ACOSTA CIFUENTES**, identificado(a) con **cédula ciudadanía número 1.115.078.697** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 556189546** aperturada el **04 de abril de 2016** , cuenta activa y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, a los **16** días del mes de **julio** del año **2024**.

Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de números de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos: **0556189546**
Cuenta de 16 dígitos: **0556000200189546**
Cuenta de 20 dígitos: **00130556000200189546**

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGURO DE CUMPLIMIENTO A FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
(GARANTÍA ÚNICA)

suramericana

Ciudad y Fecha de Expedición	Póliza		Documento
GUADALAJARA DE BUGA, 28 DE JUNIO DE 2024	3954260–3		15798477
Intermediario	**Código**	**Oficina**	**Referencia de Pago**
NELSON ALEXIS CHAVEZ PINO	51507	048	01215798477

TOMADOR

CEDULA	Razón Social y/o Nombres y Apellidos		
1115078697	ADRIAN FELIPE ACOSTA CIFUENTES		
Dirección		**Ciudad**	**Teléfono**
CR 12 # 15 43		GUADALAJARA DE BUGA	

GARANTIZADO

CEDULA	Nombres y Apellidos
1115078697	ADRIAN FELIPE ACOSTA CIFUENTES

BENEFICIARIO Y/O ASEGURADO

NIT	Nombres y Apellidos
8999990341	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

COBERTURAS DE LA PÓLIZA

COBERTURA	FECHA INICIAL	FECHA VENCIMIENTO	VALOR ASEGURADO	PRIMA
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	01–JUL–2024	28–FEB–2025	1.786.218,00	28.571,00

VIGENCIA DEL SEGURO		VIGENCIA DEL MOVIMIENTO			VLR. PRIMA SIN IVA	VLR. IMPUESTOS (IVA)	TOTAL A PAGAR
Desde	Hasta	Días	Desde	Hasta			
01–JUL–2024	28–FEB–2025	242	01–JUL–2024	28–FEB–2025	$28.571	$5.428	$33.999

VALOR A PAGAR EN LETRAS
TREINTA Y TRES MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS M/L

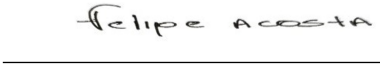
Documento de:	Valor Asegurado Movimiento	Prima Anual	Total Valor Asegurado
POLIZA NUEVA	$1.786.218	$7.145	$1.786.218,00

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. FAVOR NO EFECTUAR RETENCIÓN SOBRE EL IVA
LAS PRIMAS DE SEGUROS NO ESTÁN SUJETAS A RETENCIÓN EN LA FUENTE DECRETO REGLAMENTARIO 2509/85 ART. 17. AUTORRETENEDORES RESOLUCIÓN N° 009961

101 – NEGOCIOS ESTATALES

RAMO	PRODUCTO	OFICINA	USUARIO	OPERACIÓN	MONEDA	COASEGURO	NÚMERO PÓLIZA LÍDER	DOCUMENTO COMPAÑÍA LÍDER
012	NDX	048	901598	01	PESO COLOMBIANO	DIRECTO		

FIRMA AUTORIZADA



FIRMA TOMADOR

PARTICIPACIÓN DE INTERMEDIARIOS

CÓDIGO	NOMBRE DEL PRODUCTOR	COMPAÑÍA	CATEGORÍA	%PARTICIPACIÓN	PRIMA
51507	NELSON ALEXIS CHAVEZ PINO	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.	NATURAL	100,00	28.571

DESCRIPCIÓN	Fecha a partir de la cual se utiliza	Tipo y número de la entidad	Tipo de documento	Ramo al cual accede	Identificación Interna de la proforma
CÓDIGO CLAUSULADO	01/01/2017	13 – 18	P	05	F–01–12–084
CÓDIGO NOTA TÉCNICA	25/06/2017	13 – 18	NT–P	5	N–01–012–011

TEXTOS Y ACLARACIONES ANEXAS

NRO. DE CONTRATO CO1.PCCNTR.6466754.
OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE CARÁCTER TEMPORAL ORIENTANDO FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL COMO INSTRUCTOR SENA A TRAVÉS DE ACCIONES REGULARES EN LAS MODALIDADES PRESENCIAL, A DISTANCIA Y/O VIRTUAL EN CUALQUIER PROGRAMA DE LOS DIFERENTES NIVELES DE FORMACIÓN DEL CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMATO INFORME LEGALIZACION DESPLAZAMIENTO - CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA Guadalajara de Buga 25 de junio de 2024

PRESENTADO A: Albeth Martínez Valencia subdirector E

ORDEN DE VIAJE No:	**FECHA DE INICIO:**	**FECHA DE FINALIZACION:**
113024	**18/ 06/ 2024**	**22/ 06/ 2024**
LUGAR A DONDE REALIZÓ EL DESPLAZAMIENTO:	**REGIONAL / CENTRO DE FORMACION**	**OTRA:**
Trujillo valle del cauca	**Centro Agropecuario Buga**	**N/A**

OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO: Impartir formación profesional integral a los aprendices de la estrategia campesena en Fortalecimiento en Comercialización de Productos y Servicios Rurales ficha - 2989163

ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

Fichas 2989163 Negociar portafolio de acuerdo con categoría de producto o servicio

RESULTADOS:

1. Se cumplen los objetivos planteados en las jornadas de formación
2. Los aprendices desarrollan correctamente la actividad de transferencia de conocimiento

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

1.Registro fotográfico
2. Tiquetes de desplazamiento

COMPROMISOS

ACTIVIDAD	**RESPONSABLE**	**FECHA**
1. Impartir formación profesional Integral, programa Fortalecimiento En comercialización de productos y servicios rurales	Instructor Adrián Felipe Acosta Cifuentes	18/06/2024 Al 22/06/2024

CONCLUSIÓNES:

1. Luego de realizar los diferentes encuentros formativos, los aprendices lograron identificar la importancia de realizar un plan de negocio, para el adecuado desarrollo de sus actividades comerciales.

DATOS DEL CONTRATISTA

NOMBRE Y APELLIDO	**FIRMA**
Adrián Felipe Acosta Cifuentes	Felipe Acosta

VISTO BUENO SUPERVISOR

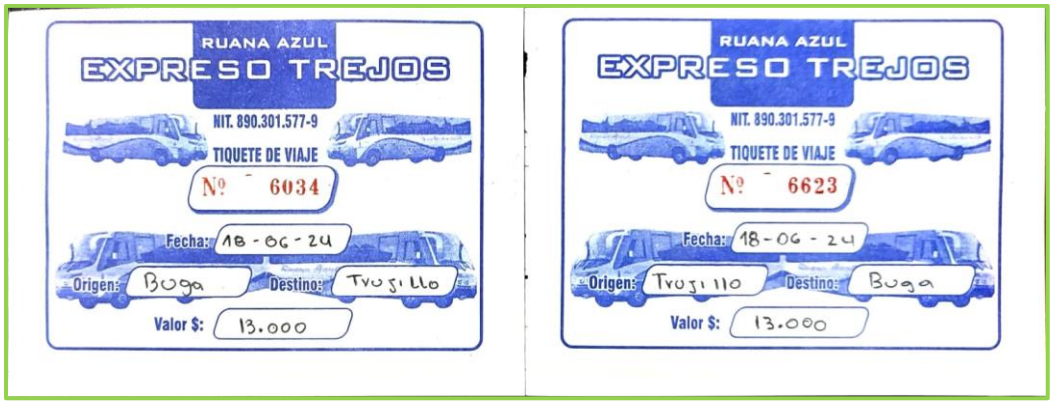
CARGO DEL SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO SUPERVISOR**	**FIRMA**
Coordinador Académico	German Suarez García	

Fecha: 18 de junio de 2024

Actividad: Impartir FPI del programa Fortalecimiento en comercialización de productos y servicios rurales

Lugar: Trujillo, seda Asopihua

Ficha: 2989163



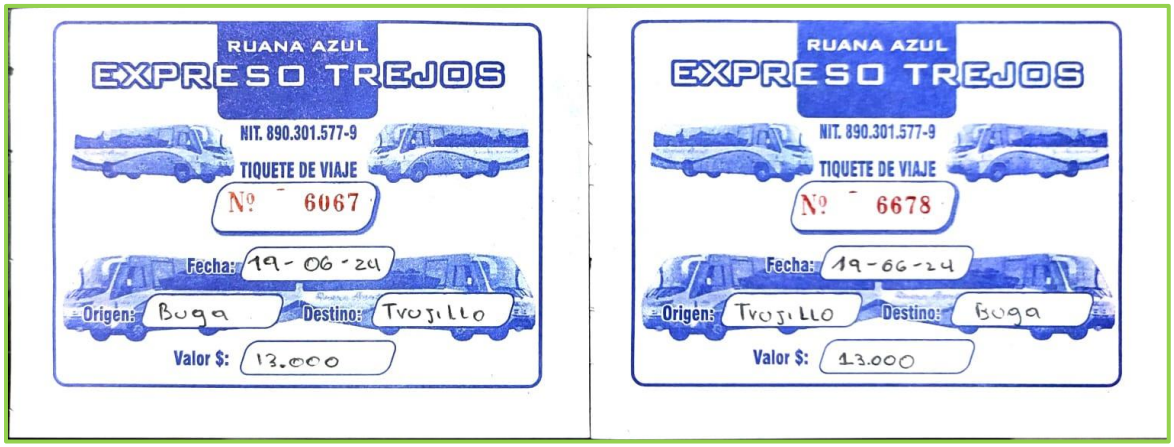
Fecha: 19 de junio de 2024

Actividad: Impartir FPI del programa Fortalecimiento en comercialización de productos y servicios rurales

Lugar: Trujillo, sede Asopihua

Ficha: 2989163

Tiquetes de ida y vuelta



Fecha: 20 de junio de 2024

Actividad: Impartir FPI del programa Fortalecimiento en comercialización de productos y servicios rurales

Lugar: Trujillo, sede Asopihua

Ficha: 2989163

Tiquetes de ida y vuelta

RUANA AZUL
EXPRESO TREJOS
NIT. 890.301.577-9
TIQUETE DE VIAJE
Nº 6100
Fecha: 20-06-24
Origen: Buga
Destino: Trujillo
Valor $: 13.000

RUANA AZUL
EXPRESO TREJOS
NIT. 890.301.577-9
TIQUETE DE VIAJE
Nº 6868
Fecha: 20-06-24
Origen: Trujillo
Destino: Buga
Valor $: 13.000

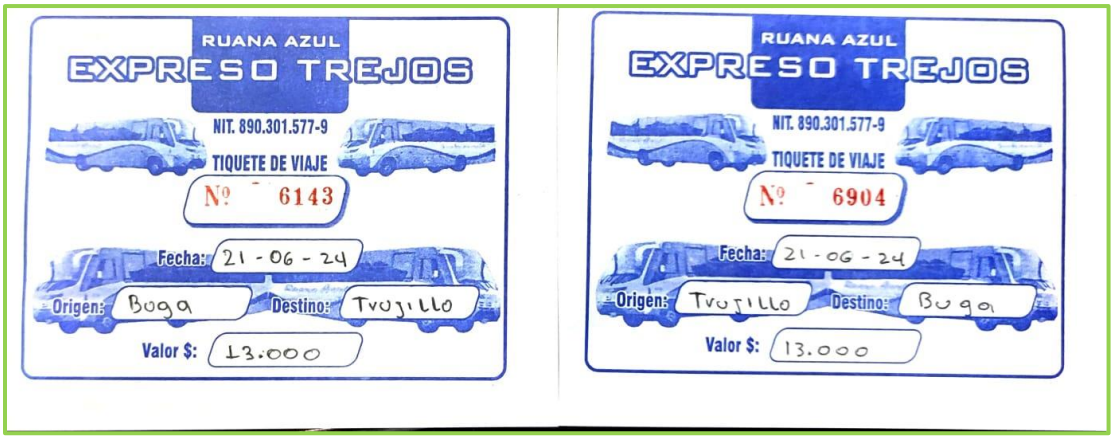
Fecha: 21 de junio de 2024

Actividad: Impartir FPI del programa Fortalecimiento en comercialización de productos y servicios rurales

Lugar: Trujillo, sede Asopihua

Ficha: 2989163

Tiquetes de ida y vuelta



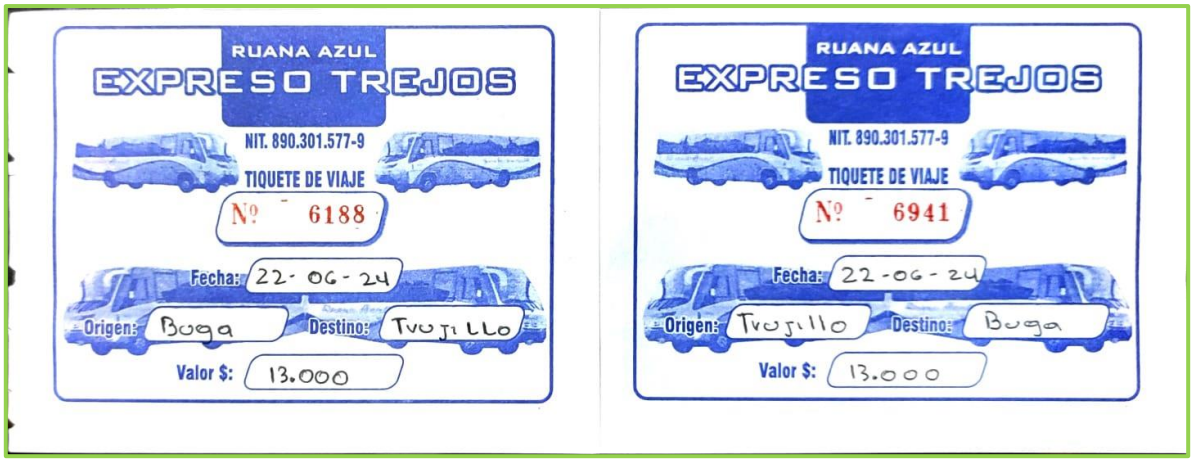
Fecha: 22 de junio de 2024

Actividad: Impartir FPI del programa Fortalecimiento en comercialización de productos y servicios rurales

Lugar: Trujillo, sede Asopihua

Ficha: 2989163

Tiquetes de ida y vuelta



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

Usuario que Genera Reporte:	MHamartinv	ALBETH MARTINEZ VALENCIA
Unidad ó Subunidad que Genera Reporte:	36-02-00-076-912410	CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA-VALLE
Fecha y Hora Generación Reporte:	viernes, 7 de junio de 2024	

Comisión Servicio al Interior del País - Tramite - Inicial

Solicitud de Comisión No.	113024	**Fecha Solicitud**	2024-06-07	**Estado de la Comisión**	Autorizada	**Unidad Ejecutora o Subunidad - 36-02-00-076-912410 CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA-VALLE**			
Tipo de Comisión	Servicio	**Fecha Aut./ Rech.**	2024-06-07	**Genera Viáticos**	SI	**Genera gastos de viaje**	Si	**Requiere Pasajes Aéreos**	NO
Transporte por Vía	Terrestre	**Área u Oficina**	INSTRUCTOR ECONOMIA CAMPESINA			**Tipo de trámite**	Inicial	**Comisión Inicial**	

CDP de viáticos

Consecutivo CDP	3224	**Dependencia Solicitante**		912445 CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA-VALLE - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION	
Rubro Presupuestal de Viaticos	C-3603-1300-19-708020-3603025-02 - ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL - FORTALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACION DE LA ECONOMÍA CAMPESINA Y DE LA ECONOMÍA POPULAR NACIONAL	**Rubro Presupuestal de Gastos de Viaje**		C-3603-1300-19-708020-3603025-02 - ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL - FORTALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACION DE LA ECONOMÍA CAMPESINA Y DE LA ECONOMÍA POPULAR 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 Jurídica
Unidad Organizacional: SUBDIRECCION DE OPERACIONES
Hora de firma: 2024/06/07 16:39:38 -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.

ADRIAN FELIPE ACOSTA CIFUENTES	CC: 1115078697	CONTRATISTA-Instructor Economía Campesina	Autorizada	2024-06-18	2024-06-18	VALLE / BUGA	VALLE / TRUJILLO	0,5	No	50	2,5	4.465.545,00	252.390,00	630.975,00	368.110,00	999.085,00	VIATICOS FORMACION Impartir FPI programa Fortalecimiento en comercializacion de productos y servicios rurales ficha 2989163
				2024-06-19	2024-06-19	VALLE / BUGA	VALLE / TRUJILLO	0,5	No	50							
				2024-06-20	2024-06-20	VALLE / BUGA	VALLE / TRUJILLO	0,5	No	50							
				2024-06-21	2024-06-21	VALLE / BUGA	VALLE / TRUJILLO	0,5	No	50							
				2024-06-22	2024-06-22	VALLE / BUGA	VALLE / TRUJILLO	0,5	No	50							
											Totales Solicitud de Comisión			**630.975,00**	**368.110,00**	**999.085,00**	

OBJETO DE LA COMISIÓN
VIATICOS FORMACION Impartir FPI programa Fortalecimiento en comercializacion de productos y servicios rurales ficha 2989163

ORDENADOR DEL GASTO					
Identificacion:	14897229	Nombre:	ALBETH MARTINEZ VALENCIA	Cargo:	SUBDIRECTOR CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA - VALLE

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:	MHamartinv	ALBETH MARTINEZ VALENCIA
Unidad ó Subunidad que Genera Reporte:	36-02-00-076-912410	CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA-VALLE
Fecha y Hora Generación Reporte:	viernes, 7 de junio de 2024	

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

Firma Responsable

Verificado Por:	SULDERY GONZALEZ AGUIRRE	Fecha Verificación:	07/06/2024 15:45:18

Firmado digitalmente por:
Nombre: ALBETH MARTINEZ VALENCIA
Cédula de ciudadanía: 14897229
Usuario SIIF: MHamartinv
7/06/2024 4:40:00 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:	MHsgonzale	SULDERY GONZALEZ AGUIRRE
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	36-02-00-076-912410	CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA-VALLE
Fecha y Hora Sistema:	2024-06-11-10:08 a. m.	

REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO

Con base en el CDP No: 3224 de fecha 2024-01-25. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle

Número:	168824	**Fecha Registro:**	2024-06-10	**Unidad / Subunidad Ejecutora:**		36-02-00-076-912410 CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA-VALLE			
Vigencia Presupuestal	Actual	**Estado:**	Generado			**Tipo de Moneda:**	COP-Pesos	**Tasa de Cambio:**	0,00
Valor Inicial:	999.085,00	**Valor Total Operaciones:**	0,00			**Valor Actual:**	999.085,00	**Saldo x Obligar:**	999.085,00

TERCERO ORIGINAL

Identificación: Cédula de Ciudadanía	1115078697	**Razón Social:**	ADRIAN FELIPE ACOSTA CIFUENTES	**Medio de Pago:**	Abono en cuenta

CUENTA BANCARIA

Número:	556189546	**Banco:**	BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. BBVA	**Tipo:**	Ahorro	**Estado:**	Activa

ORDENADOR DEL GASTO

Identificación:	14897229	**Nombre:**	ALBETH MARTINEZ VALENCIA	**Cargo:**	SUBDIRECTOR CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA - VALLE

CAJA MENOR				**VIÁTICOS**				**DOCUMENTO SOPORTE**					
Identificación:		**Fecha de Registro:**		**Genera Viáticos:**	Si	**Num. Solicitud de Comisión:**	**113024**	**Número:**	OV NO. 113024	**Tipo:**	SOLICITUD	**Fecha:**	2024-06-10

ÍTEM PARA AFECTACIÓN DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICIÓN CATÁLOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO	SITUAC.	FECHA OPERACIÓN	VALOR INICIAL	VALOR OPERACIÓN	VALOR ACTUAL	SALDO X OBLIGAR
912445 CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA-VALLE - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION	C-3603-1300-19-708020-3603025-02 ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL - FORTALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACION DE LA ECONOMÍA CAMPESINA Y DE LA ECONOMÍA POPULAR NACIONAL	Nación	10	CSF		999.085,00	0,00		
					Total:	999.085,00	0,00	999.085,00	999.085,00

Objeto:	VIATICOS FORMACION: OV No.113024, TRUJILLO 18-22 DE JUNIO /2024 Impartir FPI programa Fortalecimiento en comercializacion de productos y servicios rurales ficha 2989163

PLAN DE PAGOS

DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC		POSICION DEL CATALOGO DE PAC		FECHA	VALOR A PAGAR	SALDO POR OBLIGAR	LINEA DE PAGO
36-02-00-076-912410	CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA-VALLE	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2024-06-10	999.085,00	999.085,00	NINGUNO

FIRMA(S) RESPONSABLE(S)

Abdul Shekt Garcia
Coordinador Administrativo CAB