**PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO**

**FORMATO INFORME MENSUAL EJECUCIÓN CONTRACTUAL**

Barranquilla 31 de **Octubre** de 2021

Señor (a)
**GABIS DE JESUS AMAYA TORRES**
SUPERVISOR(A) CONTRATO No. **CO1.PCCNTR.2206815**
COORDINADOR DE PROGRAMAS ESPECIALES
Centro de Servicios y Comercio CO1.PCCNTR.
Regional Atlántico
Barranquilla

**Asunto:** Informe mensual de ejecución contractual del mes **Octubre** del año 2021.

**Referencia:** No CO1.PCCNTR.2206815 de 2021

MABEL DEL ROSARIO RANGEL RODRIGUEZ, identificada con la cédula de ciudadanía No. 32673092 de Barranquilla, en mi calidad de Contratista del SENA, en **COORDINACIÒN DE PROGRAMAS ESPECIALES** de atención a poblaciones Vulnerables, en cumplimiento del Contrato de Prestación de Servicios de la referencia, a continuación, presento el Informe de actividades realizadas en el mes objeto de cobro.

**Valor y forma de Pago**:

El valor total del presente contrato asciende a la suma de VEINTISIETE MILLONES SETECIENTOS SETENTA Y UN MIL, SEIS CIENTOS CINCUENTA Y OCHO PESOS M/CTE ($27.771.658,00 COP) COP incluido IVA (de conformidad con el régimen tributario a que pertenezca el contratista). Esta suma será pagada por el SENA al contratista en cinco pagos de la siguiente manera:

a. Un pago correspondiente al mes de febrero, por el valor de DOS MILLONES SEIS CIENTOSNOVENTA Y TRES MIL, QUINIENTOS SETENTA Y DOS PESOS M/CTE ($ 2.693.572,00).
b. Nueve pagos correspondientes a los meses de marzo, abril, mayo, junio, julio, agosto, septiembre, octubre y noviembre, por valor de DOS MILLONES SETECIENTOS OCHENTAY SEIS MIL, CUATROCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO, PESOS M/CTE ($ 2.786.454,00).

Los honorarios serán pagados por el SENA a la contratista de acuerdo con el cronograma definido por la Dirección Administrativa y Financiera d la Dirección General, en la cuenta de ahorro No 025700053256 del BANCO DAVIVIENDA S. A, cuyo titular es la contratista.

**Plazo:** Será hasta el 30/11/2021 11:59:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito).

| **OBJETO:** *(Trascriba el objeto del contrato, dentro del siguiente cuadro)* |
|---|
| IMPARTIR FORMACION PROFESIONAL EN EL AREA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO EN LOS DIVERSOS PROGRAMAS DE FORMACION TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA QUE MANEJA EL CENTRO DECOMERCIO Y SERVICIOS DEL SENA REGIONAL ATLANTICO EN EL MARCO DEL PROGRAMA DE ATENCIONA POBLACIONES VULNERABLES |

**Obligaciones Especificas:**

| No | Obligaciones | Acciones realizadas | Evidencias |
|---|---|---|---|
| 1 | Desarrollar actividades de formación profesional en los programas definidos por el centro mediante su plataforma virtual. | Alistamiento para la inducción de cursos asignados.<br>Orientar la formación profesional en los cursos en las fichas:<br>*** 2431951** Fundamentos de Salud Ocupacional. Alcaldia de Barranquilla (Centro de Oportunidades).<br><br>*** 2431952** Fundamentos de Salud Ocupacional. Casa de la Competitividad de Soledad.<br><br>*** 2431954** Bioseguridad. Fundacion Procaps. | Drive de evidencias de formación.<br>WhatsApp Web del grupo de formación. |
| 2 | Entregar al equipo de Sofía plus la información requerida para la asignación de rol de instructor Sena y disponibilidad en el aplicativo. | Envío de formato Excel de masivo, caracterización de la población y documentos de identidad del aspirante a el curso de formación. | Envío de formatos pertinentes a la coordinación |
| 3 | Realizar la evaluación correspondiente a los cursos asignados. | Evaluación de los cursos:<br><br>*** 2431951** Fundamentos de Salud Ocupacional. Alcaldia de Barranquilla (Centro de Oportunidades). | Envío de formatos pertinentes a la coordinación. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | *** 2431952** Fundamentos de Salud Ocupacional. Casa de la Competitividad de Soledad.<br><br>*** 2431954** Bioseguridad. Fundacion Procaps. | |
| 4 | El contratista deberá abstenerse de realizar actos obscenos al interior de la entidad que involucren la participación de miembros de la comunidad educativa | Se acatan las medidas. | Se acatan las medidas. Manual del instructor SENA |
| 5 | Presentar informes mensuales de la ejecución del contrato, las demás que se requieran para la ejecución del contrato. | Se presenta informe mensual de ejecución de actividades mensual. | Informe mensual de ejecución de actividades mes de **Octubre** |
| 6 | Atender los requerimientos del supervisor. | Se acatan las medidas. | Se acatan las medidas. |

A continuación relaciono los desplazamientos que realicé previo a la presentación de este informe. Una vez finalizado cada desplazamiento presenté al ordenador del gasto el informe en el Formato Informe Legalización Desplazamiento Contratista GTH-F-087, en el que se describieron las actividades desarrolladas y los resultados de cada desplazamiento. Cada informe cuenta con el visto bueno del Supervisor.

Se lista a continuación el soporte de la legalización de los desplazamientos realizados, los cuales forman parte integral del presente informe de ejecución contractual.

| **ITEM** | **No DE LA ORDEN DE VIAJE** | **LUGAR DE DESPLAZAMIENTO** | **FECHAS DE DESPLAZAMIENTOS** | |
|---|---|---|---|---|
| | | | **INICIO** | **FINALIZACIÓN** |
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |

***Nota 1:*** *Por cada desplazamiento que haya realizado el contratista, adjuntará el respectivo informe que la soporte. En caso de haber realizado el desplazamiento en fecha posterior a la presentación del informe de ejecución contractual, deberá reportarlo en el siguiente informe de ejecución contractual.*

Para el trámite de la cuenta me permito adjuntar: documentos enunciados como evidencias del cumplimiento de las obligaciones contractuales y los desplazamientos realizados, copia de la planilla- recibo de pago de aportes a salud, pensiones y ARL No **9425435189** expedido por APORTES EN LINEA, correspondiente al mes de **Septiembre** del año 2021 (Decreto Ley 2106 de 2019
– “Decreto Ley Antitramites”).

Para el trámite de la cuenta me permito adjuntar: Documentos electrónicos enunciados como evidencias del cumplimiento de las obligaciones contractuales y los desplazamientos realizados y el No. **9425435189** de la planilla, operador y periodo. (Decreto Ley 2106 de 2019 – " *Decreto Ley Antitrámites"*)

Evidencias en () folios

Cordialmente,

Firma
Mabel Del Rosario Rangel RodríguezContratista
**C.C. No. 32673092**

Recibí a satisfacción:

Gabis de Jesús Amaya TorresC.C. No. 6.763.555
**Supervisor(a) Contrato No. CO1.PCCNTR.2206815 de 2021 Coordinador de Programas Especiales**

**MES/AÑO:** OCTUBRE 2021
**INSTRUCTOR:** MABEL RANGEL RODRIGUEZ
**CEDULA:** 32.673.092

**PARTE CURSOS**

| No. De Orden | Nombre del curso | Modulo de formacion | Día Inicio | Día Final | Horas | Horario | L | M | M | J | V | S | D | Aula | Contrato |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2431951 | Fundamentos Basicos de Salud Ocupacional | Fomentar practicas seguras y saludables en los ambientes de trabajo | 01-10-21 | 29-10-21 | 40 | 1:00 PM a 6:00 PM | X | | | | X | | | Alcaldia de Barranquilla (Centro de Oportunidades) | CO1.PCCNTR.2206815 de 2021 |
| 2431952 | Fundamentos Basicos de Salud Ocupacional | Fomentar practicas seguras y saludables en los ambientes de trabajo | 05-10-21 | 28-10-21 | 40 | 1:00 PM a 6:00 PM | | X | | X | | | | Casa de la Competitividad | CO1.PCCNTR.2206815 de 2021 |
| 2431954 | Bioseguridad | Fomentar practicas seguras y saludables en los ambientes de trabajo | 06-10-21 | 30-10-21 | 40 | 8:00 AM a 1:00 PM | | | X | | | X | | Fundacion PROCAPS | CO1.PCCNTR.2206815 de 2021 |
| | | | | | 120 | | | | | | | | | | |

**PARTE SERVICIOS TECNOLÓGICOS**

| NIT/NOMBRE DE LA EMPRESA | | | Día Inicio | Día Final | Horas | Horario | L | M | M | J | V | | S |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

**PARTE DISEÑO CURRICULAR**

| CODIGO/NOMBRE | Día Inicio | Día Final | Horas | Horario | L | M | M | J | V | | S |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

**PARTE APOYOS PRESTADOS**

| CENTRO/ACTIVIDAD | Día Inicio | Día Final | Horas | Horario | L | M | M | J | V | | S |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

**PARTE CAPACITACION FUNCIONARIOS** (Programadas por el Centro)

| CENTRO/ACTIVIDAD | Día Inicio | Día Final | Horas | Horario | L | M | M | J | V | | S |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |