Escuela Superior de Administración Pública	**FORMATO** **INFORME DE ACTIVIDADES Y CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO** **PROCEDIMIENTO DE CONTRATACIÓN PT-A-CT-015**	**CÓDIGO: RE-A-CT-140** **VERSIÓN: 2** **FECHA: 04-10-2023**

PROCESO GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN

1. DATOS DE CONTRATO

CONTRATISTA	**J EMILIO ZAPATA MARQUEZ**			**CC. No**	**72304780**
DEPENDENCIA	**TERRITORIAL ATLANTICO**			**No CONTRATO**	**ESAP-ATL-PS-082-2023**
FECHA DE INICIO DEL CTO	7/09/2023			**FECHA DE TERMINACIÓN DEL CTO**	30/12/2023
No CDP	**4423**	**No RP**	**70123**	**TIPO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**	**SERVICIOS PROFESIONALES**
NÚMERO DE PLANILLA PILA	**9460122276**			**FECHA DE PAGO DE PLANILLA PILA**	6/12/2023

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL DESARROLLO DE NOVENTA Y SEIS (96) HORAS DEL PROCESO DE CAPACITACIÓN EN LAS TEMÁTICAS DE LOS NUCLEOS DE ORGANIZACIONES PUBLICAS Y GESTION Y EL DE DESARROLLO Y GESTIÓN TERRITORIAL, SEGÚN LA PROGRAMACIÓN DEFINIDA POR LA DIRECCIÓN TERRITORIAL ATLÁNTICO, MAGDALENA, CESAR, LA GUAJIRA

2. MODIFICACIONES DEL CONTRATO

MODIFICACIÓN CONTRACTUAL			**FECHA DE MODIFICACIÓN**		
VALOR DE MODIFICACIÓN		**FECHA PRORROGA DESDE / HASTA**			
NOMBRE CEDENTE				**IDENTIFICACIÓN**	
NOMBRE CESIONARIO				**IDENTIFICACIÓN**	
FECHA TERMINACIÓN ANTICIPADA	dd/mm/aaaa	**FECHA DE SUSPENSIÓN DESDE / HASTA**		dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa

3. PERIODO DE REPORTE

MES DE PAGO	**DICIEMBRE**	**PAGOS TOTALES DEL CONTRATO**	**03**	**NÚMERO DE PAGO Y/O CUENTA DE COBRO**	**03**

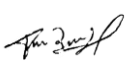
4. DESCRIPCIÓN DE OBLIGACIONES, ACTIVIDADES O PRODUCTOS

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	**ACTIVIDADES**	**Evidencia disponible en:**	**Ruta en Disco G: compartido y/o PDFs y/o OneDrive y/oTeams y/o Planner y/o correo electrónico j.zapatae@esap.edu.co@esap.edu.co**
		Avance Global	**Detalle de las actividades o productos**
1. Prestar servicios profesionales para el desarrollo de noventa y seis (96) horas del proceso de capacitación en las temáticas de los núcleos de organizaciones púbicas y gestión y el de Desarrollo y gestion territorial, según la programación definida por la dirección territorial atlántico, magdalena, cesar, la guajira 2.Desarrollar las capacitaciones, acorde con los lineamientos del área de capacitación. 3. Desarrollar las capacitaciones en el lugar y la fecha que le indique el Supervisor del Contrato. 4. Diligenciar en el aplicativo SIRECEC el informe correspondiente a cada una de las sesiones desarrolladas. 5. Legalizar en los términos establecidos por la ESAP, las comisiones de Servicios que sean realizadas para el cumplimiento del objeto contractual en ciudades fuera del lugar de ejecución del contrato. 6. Entregar como parte del informe la asistencia sistematizada de los participantes al evento, en caso de que el evento no cuente con la inscripción en el aplicativo SIRECEC, deberá acompañar las reuniones de seguimiento académico y administrativo programadas por el área de Proyección Institucional- área de capacitaciones y a aquellas que se convoque, relacionadas con el desarrollo de las obligaciones 7. . Dar cumplimiento a lo establecido en el Manual de Calidad de la ESAP y en el Manual del Proceso de Capacitación de la ESAP MP-M-CP-01 y en el Sistema de Gestión de Calidad. 8. Cumplir con las demás actividades y obligaciones asignadas por el Supervisor, las cuales deberán tener relación directa con el objeto del presente contrato.	Relaciono las siguientes actividades: Se desarrollaro el siguiente evento de capacitación 1. 16 horas Seminario Formulación de proyectos, los días 10 de octubre y 5 de diciembre de 2023, en Puerto Colombia (Attico) dirigido a servidores y ciudadania en general. De este evento no se autorizaron viaticos	16 HORAS DESARROLLADAS	Ver informe de evidencias adjunto: Planilla de aportes a seguridad social mes de diciembre de 2023 Ficha 39 diligenciada_Evento 17563 evidencias fotograficas Listado de asistencia legalización de viaticos : No hubo comisión

5. CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de supervisor del presente contrato de prestación de servicios, certifico el cumplimiento de las obligaciones establecidas en el mismo por parte del contratista y el desarrollo de las actividades o productos descritas en el presente informe.

NOMBRE SUPERVISOR	**FRANCI STELLA BELTRAN HERNANDEZ**	**DEPENDENCIA**	**CAPACITACION ATLANTICO**



FIRMA DE SUPERVISOR:



FIRMA DE CONTRATISTA: