PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

FORMATO INFORME MENSUAL EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Barranquilla, mayo de 2024

Señor (a)
PATRICIA ROSMARY SERRANO SANTIAGO
SUPERVISOR(A) CONTRATO No. **CO1.PCCNTR.5764723**
Cargo del supervisor coordinadora de Salud
Dependencia CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS - ATLÁNTICO
Barranquilla, Atlántico

Asunto: Informe mensual de ejecución contractual Mes mayo del año 20204

Referencia: No CONTRATO PCCNTR.5764723 del 2024.

DOLORES BARRIOS VILLALBA, identificado con la cédula de ciudadanía No. 32703730 de Barranquilla, en mi calidad de Contratista del SENA, en la coordinación de Salud del Centro de Comercio y Servicios de la Regional Atlántico, 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 contrato asciende a la suma de CUARENTA Y SIETE MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS SETENTA Y SIETE PESOS M/CTE ($47.334.777) incluido IVA de conformidad con el régimen tributario a que pertenezca el contratista. Esta suma será pagada por el SENA alcontratista de la siguiente manera: a) Un primer pago por valor de UN MILLON TRESCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS M/CTE ($1.339.664) b) ocho (08) pagos iguales correspondiente a los meses defebrero a mayo y de agosto a noviembre por valor de CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS CUARENTA Y CINCO PESOS M/CTE ($4.465.545) c. Un pago correspondiente al mes de junio por valor de ($ 4.316.693) c. un pago correspondiente al mes de julio por valor de ($ 3.423.584) y un último pago por valor de $2.530.476. Los honorariosserán pagados por el SENA al contratista

de acuerdo con el cronograma definido por la dirección Administrativa y financiera de la Dirección General, en la cuenta de **ahorros** No. 08046507704 de Bancolombia.

Plazo: Será hasta el 17/12/2024.

OBJETO: 8-9302-513 Instructor: Prestar Servicios Personales Carácter Temporal Para La Formación Profesional Integral, En FORMACION REGULAR TITULADA Y COMPLEMENTARIA Para el Programa Formación GESTIÓN ADMINISTRATIVA DEL SECTOR SALUD.

Obligaciones Especificas:

No	Obligaciones	Acciones realizadas	Evidencias
1	Desarrollar actividades de formación profesional en los programas definidos porel centro.	*Atención a los grupos segúnfichas relacionadas en el informe de Sofia plus*	Reporte Mensual Sofía Plus. Plataforma Sofia Plus Plataforma Territorirum
2	Entregar al equipo de Sofia plus la información requerida para la asignación de rol y disponibilidad en elaplicativo	*Entrega al equipo Sofia plus copia de los documentos de contratación requeridos. Realización de ruta a grupos nuevos y asociación de aprendices*	Programación de la formación en Sofía Plus
3	Hacer la evaluación correspondiente alos cursos asignados	*Evaluación oportuna de los resultados de aprendizaje asignados por competencias coordinar las actividades en las diferentes fichas*	Aplicativo Sofia plus
4	Garantizar que se realicen los juicios evaluativos de las competencias y fichas asignadas	*Reporte oportuno de archivode los juicios evaluativos a la coordinación.*	Plataforma Territorirum y aplicativo Sofia plus
5	Implementar los procesos de gestión documental adoptados por la entidad	*Entrega de la documentación vigente, requerida por el centro*	Se entregan informes mensuales de la ejecución. Adjunto informe correspondiente al mes

			objeto de 2024.
6	Apoyar en las demás actividades asignadas por el supervisor que permitan el adecuado seguimiento de laetapa lectiva y / o productiva.	*Desarrollo de actividades asignadas.*	Aplicar planes de mejoramiento si se requieren y seguimiento a los aprendices.

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	FECHA DE DESPLAZAMIENTO INICIAL	FECHA DE DESPLAZAMIENTO FINAL
1.	N/A	N/A	N/A	N/A

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 electrónicos enunciados como evidencias del cumplimiento de las obligaciones contractuales y los desplazamientos realizados y el No. **9467032723** de la planilla, operador aportes en linea y periodo **abril** de 2024. (Decreto Ley 2106 de 2019 – “Decreto Ley Antitrámites”)

Evidencias en (13) folios

Cordialmente,

Firma

DOLORES BARRIOS VILLALBA

identificado con la cédula de ciudadanía No. 32703730 de Barranquilla

Contratista

Recibí a satisfacción:

PATRICIA ROSMARY SERRANO SANTIAGO

SUPERVISOR(A) CONTRATO No. CO1.PCCNTR.5764723

Cargo del supervisor coordinadora de Salud

Dependencia CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS - ATLÁNTICO