PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

FORMATO INFORME MENSUAL EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Barranquilla, 31 de Octubre de 2024

Señor (a)
CLAUDIA PATRICIA JIMENEZ DE LA HOZ
SUPERVISOR(A) CONTRATO **No. 6435506-2024**
Coordinadora Académica Bilinguismo
Centro de Comercio y Servicios
Ciudad

Asunto: Informe mensual de ejecución contractual
Mes Octubre Año 2024

Referencia: 6435506-2024

GUILLERMO ARIAS ARJONA, identificado con la cédula de ciudadanía No. 72.291.004 de Barranquilla (Atlco), en mi calidad de Contratista del SENA, en Salud y Hotelería Turismo, 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: **6435506-2024:** El valor total del presente contrato es de VEINTITRÉS MILLONES QUINIENTOS DIECIOCHO MIL QUINIENTOS TREINTA Y SIETE M/CTE ($**23.518.537**) incluido IVA de conformidad con el régimen tributario al que pertenezca el futuro contratista. Esta suma será pagada por el SENA al contratista de la siguiente manera: A)Un pago TRES MILLONES CUATROCIENTOS VEINTITRÉS MIL QUINIENTOS OCHENTA Y CUATRO **($**3.423.584**)** correspondiente al mes de JULIO , b) CUATRO pagos de CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL M/CTE **($ 4.465.545)**, C) Un pago correspondiente al mes de DICIEMBRE por valor de DOS MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y DOS MIL SETECIENTOS SETENTA Y TRES **($2.232.773),**para un total VEINTITRÉS MILLONES QUINIENTOS DIECIOCHO MIL QUINIENTOS TREINTA Y SIETE M/CTE ($**23.518.537**) . Los honorarios serán 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 **CUENTA DE AHORROS 027200065533 de DAVIVIENDA**, cuyo titular es el contratista.

Plazo: Será hasta el 15 de Diciembre de 2024

OBJETO:
Prestar Servicios Personales Carácter Temporal Para La Formación Profesional Integral, En FORMACION REGULAR TITULADA Y COMPLEMENTARIA , Para el Programa Formación GESTION ADMINISTRATIVA DEL SECTOR SALUD APOYO ADMINISTRATIVO EN SALUD

Obligaciones Especificas: *(Trascriba las obligaciones especificas del contrato, dentro del siguiente cuadro)*

No.	Obligaciones	Acciones realizadas	Evidencias
1	Desarrollar actividades de formación profesional en los programas definidos por el centro mediante su plataforma virtual.	Horas de Formación en los siguientes grupos: TCO ADS 2931586 INITERACTUAR TGO GADS 299873 INITERACTUAR TCO ADS 2998643 INITERACTUAR COMPLEMENTARIO	Planeación pedagógica, guias, listas de chequeo. plataforma territorium Talleres de simulación
2	Entregar al equipo de Sofía plus la información requerida para la asignación de rol de instructor Sena y disponibilidad en el aplicativo	Se entregó al equipo de sofia la información requerida para la asignación del rol en senasofiaplus y la asociación de las fichas en territorium.	Asignación del rol
3	Realizar la evaluación correspondiente a los cursos asignados	Evaluar en Sofia plus, evaluar evidencias	Juicios de evaluación actualizados, centro de calificaciones de territorium

4	El contratista deberá abstenerse de realizar actos obscenos al interior de la entidad que involucren la participación de miembros de la comunidad educativa.	Mantener la ética y responsabilidad	Evaluacion del desempeño
5	Presentar informes mensuales de la ejecución del contrato, las demás que se requieran para la ejecución del contrato.	Elaborar informe mensual	Informe Mensual de ejecución Mes de octubre
6	Atender los requerimientos del supervisor	Asistir a reuniones programadas por la coordinación, realizar solictud de materiales de formación para las simulaciones, inventario de equipos.	Asistencia de las reuniones, solicitud de materiales, inventario asignado.

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 electrónicos enunciados como evidencias del cumplimiento de las obligaciones contractuales y los esplazamientos realizados y el No. **9473511407** de la planilla, Aportes en linea correspondiente al mes de Septiembre 2024 (Decreto Ley 2106 de 2019 – " *Decreto Ley Antitrámites"*)

Evidencias en () folios

Cordialmente,

Cordialmente,

GUILLERMO ARIAS ARJONA
Nombre y firma
Contratista
C.C. No. 72.291.004

Recibí a satisfacción:

CLAUDIA PATRICIA JIMENEZ DE LA HOZ
Nombre y firma
Supervisor(a) Contrato 6435506-2024
C.C. No. 32745112

MES/AÑO: **oct-24**

INSTRUCTOR: GUILLERMO ARIAS

CEDULA: 72291004

PARTE CURSOS

No. De FICHA	Nombre del Oficio	Nombre del bloque	Día Inicio	Día Final	Horas	Horario	L	M	M	J	V	S
TCO ADS 2931586	INITERACTUAR	NODO SALUD INFORMATICA	01-10-24	31-10.24	44	6-8AM	X	X	X	X	X	
TGO GADS 299873	INITERACTUAR	NODO SALUD INFORMATICA	01-10-24	31-10.24	44	8-10 AM	X	X	X	X	X	
TCO ADS 2998643	INITERACTUAR	NODO SALUD INFORMATICA	01-10-24	31-10.24	44	10-12 AM	X	X	X	X	X	
TGO RF 2680044	PRODUCIR TEXTOS	CCYS 505 SABADOS	05-10-24	26-10-24	24	12-6PM						X
COMPLEMENTARIO		NODO MULTILINGUISMO	15-10-24		20	12-2P	X	X	X			
					176							

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

PARTE OTRAS ACTIVIDADES (HORAS INDIRECTAS)

ACTIVIDADES	Día Inicio	Día Final	Horas	Horario	L	M	M	J	V	S
Actividades apoyo a la F-P										
Actividades apoyo a la F-P										
Seguimiento a los aprendices en la etapa productiva										
Seguimiento a trabajadores alumnos										
Permiso										
Permiso Sindical										
Incapacidad										

total