San José del Guaviare, 24 de octubre de 2024

Señor
EZEQUIEL TARAZONA MURILLO
SUPERVISOR CONTRATO No. CO1.PCCNTR.6786192.
Coordinador académico
Dependencia: Coordinación de Formación
Centro de Desarrollo Agroindustrial, Turístico y Tecnológico del Guaviare
San José del Guaviare

Asunto: Informe mensual de actividades 2024 –octubre

Yo **DEIVID ALEXANDER BOHORQUEZ JIMENEZ**. Identificado con la cédula de ciudadanía No 1.120.559.075 de San José del Guaviare, en mi calidad de Contratista del programa de Formación Profesional Integral a continuación presento el Informe de Actividades realizadas el día **1 al 31 de octubre de 2024**, en cumplimiento del Contrato de Prestación de Servicios No CO1.PCCNTR.6786192 .

CLAUSULA PRIMERA:

Prestar servicios personales de carácter temporal como instructor, para orientar procesos de formación titulada y complementaria presencial y/o virtual de los programas de formación regular, de la red de gestión administrativa y financiera y en el área temática de contabilidad, de acuerdo con el proceso de gestión de la formación profesional integral y lineamientos institucionales, según programación realizada por el Centro De Desarrollo Agroindustrial, Turístico Y Tecnológico Del Guaviare.

CLAUSULA CUARTA:

***EJECUCIÓN DE ACCIONES DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL**												
FICHA CARACT.	**PROGRAMA DE FORMACIÓN**	**HORAS**	**FECHA INICIO**	**FECHA FINAL**	**HORARIO**	**L**	**M**	**M**	**J**	**V**	**S**	**D**
2923533	Tecnólogo en gestión contable y de información financiera	**75**	1/10/2024	31/10/2024	6:00pm 11:00pm		X	X	X			
2995004	Tecnólogo en gestión contable y de información financiera	**50**	1/10/2024	30/10/2024	13:00pm 18:00pm		X	X				
2923533	Tecnólogo en gestión contable y de información financiera	**5**	28/10/2024	28/10/2024	6:00pm 11:00pm	x						
2834554	Tecnólogo en gestión - Agro empresarial	**30**	15/10/2024	31/10/2024	06:00pm 13:00pm	X	X	X	X	X		
TOTAL, HORAS ACADEMICAS		**160**										

*OTRAS ACTIVIDADES DE FORMACIÓN PROFESIONAL				
DETALLE	**NOMBRE DE ACTIVIDADES**	**HORAS**	**FECHA INICIO**	**FECHA FINAL**
TOTAL HORAS DE OTRAS ACTIVIDADES DE FORMACIÓN PROFESIONAL		**0**		
TOTAL HORAS MES REALIZADAS POR EL INSTRUCTOR		**160**		

La coordinación certifica que el instructor se encuentra al día en los reportes y novedades que se deben ingresar al aplicativo Sofiaplus (Inasistencias, Juicios Evaluativos, etc.), y que las fichas aquí relacionadas han sido debidamente cargadas.

Para el trámite de la cuenta, en mi calidad de contratista me permito adjuntar, Fotocopia de la Planilla- Recibo de pago de Aportes a Salud, Pensiones y ARL, planilla # 9474297775 expedida por: aportes en línea correspondiente al mes de **octubre de 2024**, y certifico Bajo la gravedad de juramento que los pagos de aportes al sistema de seguridad social soportados corresponden a los ingresos pertinentes del contrato #. CO1.PCCNTR.6786192. parágrafo 1 del Artículo 4 del decreto 2271 de junio de 2009.

Recibí a satisfacción:

DEIVID ALEXANDER. BOHORQUEZ J.
Contratista
C.C. No. 1.120.559.075

EZEQUIEL TARAZONA MURILLO
Supervisor Contrato CO1.PCCNTR.6786192
Coordinación de Formación