San José del Guaviare, 25 de Noviembre de 2025

Señor(a)

YONNATHAN VILLAMIZAR CLAVIJO
Coordinador de Académico
SUPERVISOR CONTRATO No. **CO1.PCCNTR.7416024**
Gestión contractual
Centro de Desarrollo Agroindustrial, Turístico y Tecnológico del Guaviare
San José del Guaviare

Asunto: Informe mensual de actividades 2025 – Noviembre

Yo **DIANA LORENA ARDILA CASTRO**. Identificado con la cédula de ciudadanía 1.018.418.820 de Bogotá, en mi calidad de Contratista del programa de Formación Profesional Integral a continuación presento el Informe de Actividades realizadas el día 01 al 30 de Noviembre de 2025, en cumplimiento del Contrato de Prestación de Servicios No **CO1.PCCNTR.7416024**.

CLAUSULA PRIMERA:

OBJETO.
Prestar servicios personales de carácter temporal como instructor, para orientar acciones de formación profesional integral en la modalidad presencial y/o virtual, en los niveles de formación titulada y/o complementaria, de los programas de formación regular, campesena y/o economía popular de la red de Gestión administrativa y financiera que imparte 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**
3173300	Tgo. Gestión Bancaria y de Entidades Financieras	28	03/11/2025	24/11/2025	06:30 – 13:00	X						
2995004	Tgo, Contabilidad y de Información Financiera	20	05/11/2025	26/11/2025	8:00 – 13:00			X				
3193273	Tgo, Contabilidad y de Información Financiera	25	07/11/2025	28/11/2025	18:00 – 23:00					X		
3335872	Tgo, Contabilidad y de Información Financiera	30	03/11/2025	28/11/2025	VIRTUAL	X	X	X	X	X		
3335770	Tgo. Gestión Agroempresarial	30	03/11/2025	28/11/2025	VIRTUAL	X	X	X	X	X		
2977287	Tgo. Gestión Agroempresarial	30	03/11/2025	28/11/2025	VIRTUAL	X	X	X	X	X		
TOTAL, HORAS ACADEMICAS		**163**										

*OTRAS ACTIVIDADES DE FORMACIÓN PROFESIONAL				
DETALLE	**NOMBRE DE ACTIVIDADES**	**HORAS**	**FECHA INICIO**	**FECHA FINAL**
TOTAL, HORAS MES		**163**		

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 # 7992735087 expedida por: **SOI** correspondiente al mes de Noviembre 2025, 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.7416024 parágrafo** 1 del Artículo 4 del decreto 2271 de junio de 2009.

Cordialmente,

DIANA LORENA ARDILA CASTRO
Contratista
C.C. No. 1.018.418.820 De Bogotá

Recibí a satisfacción:

YONNATHAN VILLAMIZAR CLAVIJO
Coordinador de Académico
SUPERVISOR CONTRATO No. #. **CO1.PCCNTR.7416024**