PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

FORMATO INFORME MENSUAL EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Barranquilla, enero 22 del 2021

Señor (a)
PATRICIA ROSMARY SERRANO SANTIAGO
SUPERVISOR(A) CONTRATO No. **2141391-2021**
COORDINADORA ACADEMICA
SALUD –HOTELERIA
BARRANQUILLA.

Asunto: Informe mensual de ejecución contractual Mes **ENERO** del año **2021**

Referencia: No 2141391-2021

JANINE ALGARIN OROZCO, identificado con la cédula de ciudadanía No. 22.458.425 de Baranoa, en mi calidad de Contratista del SENA, en (SALUD), 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 presente contrato es máximo de VEINTINUEVE MILLONES TRECIENTOS CINCUENTA MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE ($29.350.648,00) incluido IVA de conformidad con el régimen tributario a que pertenezca el futuro contratista. Esta suma será pagada por el SENA al contratista de la siguiente manera: a) Un primer pago por valor de UN MILLON DOSCIENTOS SIETE MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y TRES PESOS M/CTE ($1.207.463,00), que se cancelará en el mes de ENERO de 2021. b). nueve pagos iguales por valor de DOS MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO PESOS M/CTE ($2.786.454) correspondientes de FEBRERO a NOVIEMBRE de 2021 c). un pago por valor de UN MILLON TRECIENTOS NOVENTA Y TRES MIL DOCIENTOS VEINTISIETE MIL PESOS M/CTE ($ 1.393.227) y un último pago por valor de UN MILLON SEISCIENTOS SETENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y DOS PESOS M/CTE ($1.671.872,00). Los honorarios serán pagados por el SENA al contratista de acuerdo al cronograma definido. PESOS M/CTE. 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 Ahorro N° 76738579298 del BANCOLOMBIA, cuyo titular es el (la) Contratista.

Plazo: Sera hasta el **día18 de DICIEMBRE del 2021.**

CLAUSULA PRIMERA:

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA PLANEAR Y ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, EN EL AREA SALUD- APOYO TERAPEUTICO Y REHABILITACION (ENFERMERIA) QUE PROGRAME EL CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS DEL SENA REGIONAL ATLANTICO EN SUS DIFERENTES NIVELES Y MODALIDADES, ATENDIENDO LAS POLÍTICAS INSTITUCIONALES Y LA NORMATIVIDAD VIGENTE

CLÁUSULA CUARTA

No	Obligaciones	Acciones realizadas	Evidencias
1	Desarrollar actividades de formación profesional en los programas definidos.	Impartir formación por competencia laboral grupo complementario Vacunacion Covid 19 **FICHAS: 2253347-2253348**	
2	Entregar al equipo de Sofía la información requerida	Entrega de contrato respectivo	
3	Hacer la evaluación correspondiente a los cursos asignados	Evaluación al programa Técnico de Enfermería	
4	Participar en proyectos de investigación.		
5	Certificarse en las competencias de “orientar formación presencial de acuerdo con procedimientos técnico normativo		

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			FECHAS DE DESPLAZAMIENTOS

	No DE LA ORDEN DE VIAJE	LUGAR DE DESPLAZAMIENTO	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 enunciados como evidencias del cumplimiento de las obligaciones contractuales y los desplazamientos realizados y el No. de la planilla, 9414294720 APORTES EN LINEA periodo DICIEMBRE. (Decreto Ley 2106 de 2019 – " *Decreto Ley Antitrámites"*)

Evidencias en ( ) folios

Cordialmente,
Firma
JANINE ALGARIN OROZCO
Nombres y apellidos
Contratista
C.C. No. 22.458.425 de Baranoa.

Recibí a satisfacción:
Firma
PATRICIA ROSMARY SERRANO SANTIAGO
Nombres y Apellidos
Supervisora Contrato No 2141391-2021

MES/AÑO: ENERO 2021

INSTRUCTOR: JANINE ALGARIN OROZCO

CEDULA: 22.458.425

PARTE CURSOS

No. De Orden	Nombre del Oficio	Nombre del bloque	Día Inicio	Día Final	Horas	Horario	L	M	M	J	V	S	Aula	Cont.
2253347-2253348	CURSO COMPLEMENTARIO	CURSO VACUNACION COVID 19	01/18/2021	1/222021	48	8:00- 12PM 2:00-6:00 PM	X	X	X	X	X			
2254202	CURSO COMPLEMENTARIO	CURSO VACUNACION COVID 19	01/25/2021	01/29/2021	4 hrs	6:00- 8:00 AM	X	X	X	X	X			
2254203	CURSO COMPLEMENTARIO VACUNACION COVID 19	CURSO VACUNACION COVID 19	01/25/2021	01/29/2021	4 hrs	12:00-2:00 PM	X	X	X	X	X			
2254204	CURSO COMPLEMENTARIO	CURSO VACUNACION COVID 19	01/25/2021	01/29/2021	4 hrs	6:00-8:00 PM	X	X	X	X	X			
TOTAL HORAS					60 hrs									

PARTE SERVICIOS TECNOLÓGICOS

NIT/NOMBRE DE LA EMPRESA			Día Inicio	Día Final		Horario	L	M	M	J	V	S
					Horas							

PARTE DISEÑO CURRICULAR

CODIGO/NOMBRE	Día Inicio	Día Final		Horario	L	M	M	J	V	S
			Horas							

PARTE APOYOS PRESTADOS

CENTRO/ACTIVIDAD	Día Inicio	Día Final		Horario	L	M	M	J	V	S
			Horas							

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)

	Día Inicio	Día Final	Horas	Horario	L	M	M	J	V	S
Actividades apoyo a la F-P alistamiento Formacion y										
Actividades apoyo a la F-P										
Apoyar Proceso de Reconocimiento										
Apoyar Proceso de Reconocimiento										
Apoyar Proceso de Reconocimiento										
Seguimiento a trabajadores alumnos										
Licencia										
Permiso										
Permiso Sindical										
Incapacidad										

total horas

_____