San José del Guaviare, 22 Octubre de 2026

Señor(a)

Nelson Alejandro Montero Chaverra
Coordinador de Académico
SUPERVISOR CONTRATO No. **CO1.PCCNTR.9117626**
Gestión contractual
Centro de Desarrollo Agroindustrial, Turístico y Tecnológico del Guaviare
San José del Guaviare

CO1.PCCNTR.9117626

Asunto: Informe mensual de actividades 2026 – Octubre

Yo **Kevinsson Arbey Rugeles Rey**. Identificado con la cédula de ciudadanía 1´116.246.576 de Tuluá - Valle, en mi calidad de Contratista del programa de Formación Profesional Integral a continuación presento el Informe de Actividades realizadas del día 01 al 31 Octubre del 2026, en cumplimiento del Contrato de Prestación de Servicios No **CO1.PCCNTR.9117626**

CLAUSULA PRIMERA:

OBJETO.
Prestar servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión, en la planeación y ejecución de la formación, así como la evaluación de los resultados de aprendizaje definidos en los diseños curriculares asignados, para el desarrollo de habilidades y competencias técnicas de la población campesina, aportando al fortalecimiento de la economía campesina, familiar, étnica y comunitaria, en concordancia con lineamientos establecidos por la Dirección del Sistema Nacional de Formación para el Trabajo y la Coordinación Nacional de Atención Integral, Diferencial e Incluyente a la Economía Campesina - CampeSENA.

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**
3623745	SISTEMAS AGROPECUARIOS ECOLOGICOS.	32	08/10/2026	29/10/2026	8:00am – 16:00pm				X			
3641252	ESTRATEGIA PUBLICITARIA	40	10/10/2026	26/10/2026	8:00am – 16:00pm	X					X	
3638637	GENERACION DE IDEAS INNOVADORAS CON DESIGN THINKING	32	07/10/2026	27/10/2026	8:00am – 16:00pm		X	X				
3641165	GENERACION DE IDEAS INNOVADORAS CON DESIGN THINKING	48	09/10/2026	28/10/2026	8:00am – 16:00pm			X		X		
TOTAL, HORAS ACADEMICAS		**152**										

***OTRAS ACTIVIDADES DE FORMACIÓN PROFESIONAL**				
DETALLE	**NOMBRE DE ACTIVIDADES**	**HORAS**	**FECHA INICIO**	**FECHA FINAL**

1	Horas administrativas de la formación.	8		
2	.			
TOTAL HORAS MES		**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 # **9512019659** expedida por: APORTES EN LINEA correspondiente al mes de Septiembre 2026, 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.9117626** parágrafo 1 del Artículo 4 del decreto 2271 de junio de 2009.

Cordialmente,

Kevinsson Arbey Rúgeles Rey
Contratista
C.C. No. 1116246576 De Tuluá - Valle

Recibí a satisfacción:

Nelson Alejandro Montero Chaverra
Coordinador de Académico
SUPERVISOR CONTRATO No. **CO1.PCCNTR.9117626**