FORMATO DE INFORME DE SUPERVISOR	
A. INFORMACIÓN GENERAL	
Convenio y fecha:	*CA-002-2024// 14 de mayo de 2024*
Nombre del Conveniente	*FUNDACION "SER INTEGRAL" PARA EL DESARROLLO SOCIAL EN SALUD EDUCACION PAZ Y SOSTENIBILIDAD*
N° de identificación	*900.996.103-9*
Objeto del Convenio	*AUNAR ESFUERZOS TECNICOS, ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS PARA FORTALECIMIENTO DE LA IMPLEMENTACION DE ESTRATEGIAS DE INCLUSION EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS DEPARTAMENTALES EN LOS MUNICIPIOS NO CERTIFICADOS DEL DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA AÑO 2024*
Valor total del Convenio	*MIL QUINIENTOS SESENTA Y TRES MILLONES Y TRES MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL UN PESO M/CTE. ($ 1.563.445.001)*
Valor de honorarios periodo	*Segundo desembolso corresponde el 20% del aporte de la Gobernación, que se entregará al 30% de ejecución del contrato sujeto al cumplimiento de la entrega del cronograma de actividades, focalización y caracterización de los estudiantes con Necesidades Especiales y Talentos Excepcionales y presentación del proyecto a la comunidad educativa (estudiantes, padres de familia, directivos y docentes) con su respectiva evidencia, correspondiente a la suma de DOSCIENTOS DIECIOCHO MILLONES OCHOCIENTOS VEINTIDOS MIL QUINIENTOS VEINTINUEVE PESOS M/CTE ($ 218.822.529)*
N° Pago / N° de informe:	*2 / 4 (20%)*
N° CDP	*258 del 27 de febrero de 2024* *521 del 23 de abril de 2024*
N° CRP	*2181 del 14 de mayo de 2024*
Plazo del Convenio	*El plazo estimado para la ejecución del presente contrato será de SEIS (6) MESES, contados a partir de la suscripción del acta de inicio, previo el cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución, y aprobación de los documentos previstos en el Pliego de Condiciones.*
Fecha del Acta de Inicio	*31 de mayo de 2024*
N° de planilla de pago de Seguridad social	*Certificado*
Nombre y cargo del supervisor del convenio	*Yesid González Perdomo – Secretario de Educación Departamental*
B. MODIFICACIONES AL CONVENIO	
N° de modificación	***Aclaratorio No. 001 y 002***
Tipo de modificación (adición – prórroga)	***Garantía y forma de pago***
Valor adicionado	**N/A**
CDP de la adición	**N/A**
CRP de la adición	**N/A**
Tiempo prorrogado	**N/A**
C. POLIZAS (si aplica)	

Powered by CamScanner

N° de póliza	*46-44-101012498 - 46-40-101006126*
Nombre de la aseguradora	*SEGUROS DEL ESTADO S.A.*
Fecha de la póliza	*24 de mayo de 2024 – 17 de mayo de 2024*
Acto Administrativo de Aprobación	*24 de mayo de 2024*

D. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

ITEM	ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO	VERIFICADO (*Establecer si cumple o no*)
1.	Cumplimiento del 30% de ejecución del contrato	SI CUMPLE
2.	Entrega de cronograma de actividades	SI CUMPLE
3.	Focalización y caracterización de los estudiantes con Necesidades Especiales y Talentos Excepcionales	SI CUMPLE
4.	Presentación del proyecto a la comunidad educativa (estudiantes, padres de familia, directivos y docentes)	SI CUMPLE

ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS *Marcar con una X según corresponda.*	SI	NO
1.	El convenio se encuentra debidamente legalizado	X	
2.	Se expidió Registro Presupuestal.	X	
3.	Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones del convenio, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en su respectiva carpeta contractual.	X	
4.	Que el conveniente da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.	X	

Teniendo en cuenta lo anterior, en mi calidad de supervisor doy visto bueno para el respectivo pago correspondiente al periodo N° 2 de 4 (20%)

La presente certificación se expide el 07 de noviembre del 2024 en el D.T.C. e H. de Santa Marta.

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA Y DA VISTO BUENO PARA PAGO **DEPENDENCIA**	**Yesid González Perdomo** Secretario de Educación Departamental.

Revisó: Sergio Lora Montaño
P.E. del área de Calidad SEDMAG

Powered by CamScanner