Certificado de cumplimiento de actividades de contratos por

Prestación de servicios

Contratista:	ARISTIDES MANUEL MOLA TARRIBA			**No. de Cédula**	9138903
No. de Contrato:	PS – 717/2024	**De fecha:**	5 de noviembre de 2024		
Objeto:	PRESTACION DE SERVICIOS PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS Y OPERATIVOS EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS OFICIALES UBICADAS EN LA ZONA RURAL DEL MUNICIPIO DE MAGANGUE EN SERVICIOS GENERALES DURANTE LA VIGENCIA 2024.				
Entidad:	SECRETARÍA DE EDUCACIÓN				
Dependencia:	ALCALDIA MUNICIPAL DE MAGANGUE				
Líder de Proceso:	**LEONARDO ENRIQUE CARCAMO VEGA**	Cargo	Secretario de Educación		
Fecha inicial del periodo certificado:	6 de noviembre de 2024				
Fecha final del periodo certificado:	31 de diciembre de 2024				
Fecha de expedición:	02 de Diciembre de 2024				

Se Expide el presente Certificado de Cumplimiento, de acuerdo al oficio No OF-FOGF-125 del 08 de noviembre de 2024 de La Dirección Financiera de la Alcaldía de Magangué, en donde la directora financiera define que el termino máximo para recibir solicitudes de pago será el 16 de diciembre de 2024 en aras de evitar inconvenientes en el ejercicio de cierre fiscal para la vigencia 2024.

LEONARDO ENRIQUE CARCAMO VEGA
Secretario de Educación, Cultura y Deporte

EL SUSCRITO SECRETARIO DE EDUCACION

DEL MUNICIPIO DE MAGANGUE

CERTIFICA

QUE REPOSA EN ESTA SECRETARIA COPIA DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS

CONTRATO Nº	PS – 717/2024
CONTRATISTA	ARISTIDES MANUEL MOLA TARRIBA
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS Y OPERATIVOS EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS OFICIALES UBICADAS EN LA ZONA RURAL DEL MUNICIPIO DE MAGANGUE EN SERVICIOS GENERALES DURANTE LA VIGENCIA 2024
CUENTA DE COBRO	X
PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL	X

Se expide en el municipio de Magangué, el 02 de Diciembre de 2024.

LEONARDO ENRIQUE CARCAMO VEGA
Secretario de Educación, Cultura y Deporte

INFORME DE SUPERVISION

Contrato [X] **Convenio** [ ]

MODALIDAD DE SELECCIÓN	DIRECTA
Nº DE PROCESO DE SELECCIÓN	No. PS - 717 / 2024.
TIPO DE CONTRATO O CONVENIO	Prestación de servicio
FECHA DE INSCRIPCION DEL CONTRATO/CONVENIO	5 de noviembre de 2024
OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO	PRESTACION DE SERVICIOS PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS Y OPERATIVOS EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS OFICIALES UBICADAS EN LA ZONA RURAL DEL MUNICIPIO DE MAGANGUE EN SERVICIOS GENERALES DURANTE LA VIGENCIA 2024.
CONTRATISTA-OPERADOR	ARISTIDES MANUEL MOLA TARRIBA
NIT/CC	C.C. No. 9138903
REPRESENTANTE LEGAL	N/A
IDENTIFICACION DEL REPRESENTANTE LEGAL	N/A
VALOR DEL CONTRATO/CONVENIO	3250000
PLAZO DE EJECUCION	El plazo de ejecución es de Hasta el 31 de Diciembre, contados a partir de su perfeccionamiento y legalización que corresponde al otorgamiento del registro

	presupuestal y acta de inicio. En todo caso el plazo de ejecución y sus prorrogas si las hubiere no podrán ser superiores al 31 de diciembre de 2024.	
FECHA DE INICIO	6 de noviembre de 2024	
INTERVENTOR	**NOMBRE**	**N/A**
	FECHA DE DESIGNACION DE LA INTERVENTORIA	**N/A**
SUPERVISION	**NOMBRE**	**LEONARDO ENRIQUE CARCAMO VEGA**
	FECHA DE DESIGNACION DE LA SUPERVICION	**Noviembre del 2024**
PERIODO DEL INFORME: 6 de noviembre de 2024 al 31 de diciembre de 2024		

DATOS FINANCIEROS.

CERTIFICADO(S) DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL – CDP					
Nº	**462**	**VALOR**	**500000000**	**FECHA**	**29 de agosto de 2024**
REGISTRO(S) PRESUPUESTAL(ES)- RP					
Nº	**2858**	**VALOR**	**3250000**	**FECHA**	**6 de noviembre de 2024**
RUBRO(S) PRESUPUESTAL(ES) **AFECTADO(S)** **2.1.2.02.02.008.16.0.02.1.2.1.0.00**			**SERVICIOS TÉCNICOS RECURSOS ICLD - ADM CENTRAL SERVICIOS TÉCNICOS RECURSOS ICLD - ADM CENTRAL**		

RELACION DE DOCUMENTOS APORTADOS QUE ACREDITAN PAGOS O APORTES A LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALESPERSONA NATURAL Y/ O JURICA:

TIPO DE APORTE	PLANILLA Nº	OPERADOR	PERIODO DEL APORTE
PENSION	ART 61 DE LA LEY 100/93	N/A	N/A
SALUD	1745887197	COOSALUD	NOVIEMBRE
ARL	1745887197	POSITIVA	NOVIEMBRE

PERSONA NATURAL:

Que el contratista **(ARISTIDES MANUEL MOLA TARRIBA)** presento el informe de actividades relacionando las (tareas, actividades o bienes) de acuerdo con lo pactado en el contrato (o convenio), las cuales fueron vigiladas por la supervisión, así mismo acredito la certificación de afiliación de los aportes de seguridad social, pensión, Arl, del Mes de NOVIEMBRE y que existe una correcta relación en estas certificaciones con sus respectivos operadores. El valor cotizado debe corresponder al porcentaje y sobre la base señalada por las normas vigentes sobre la materia.

La Supervisión certifica el cumplimiento de las obligaciones del contratista (u operador), por lo que da el visto bueno para realizar el pago correspondiente al periodo comprendido del:: **6 de noviembre de 2024 al 31 de diciembre de 2024 por valor de 3250000**

SI [X]

NO [ ]

CERTIFICO que en cumplimiento de mis obligaciones como Supervisor recibí, revisé y aprobé personalmente los documentos que aporto el contratista y/o interventoría (u operador) y que sirvieron como referencia para este Informe; así mismo dejo constancia que se cumplieron los requisitos de ejecución del contrato (o convenio) así:

No. Item	Actividades / Obligaciones contractuales o del Convenio	Actividades verificadas por la Supervisión
1	Apoyar en la coordinación de estrategias de control de entrada y salida del personal que colabora en la institución, como también el de la población estudiantil.	100%
2	Coadyuvar en el buen uso de los elementos o materiales que son utilizados para la prestación del servicio, además ser responsable con las actividades encomendadas, y mantener buenas relaciones interpersonales con todos los funcionarios que laboran en la institución, colaborando a su vez en cualquier solicitud requerida en el desarrollo de su prestación de servicios	100%
3	Apoyar en la coordinación de estrategias que lleven a la protección y tranquilidad de la restricción de ingreso a la institución de personas extrañas. Cumplir con las normar de Bioseguridad y procedimientos de seguridad integral.	100%
4	Participar en las actividades planificadas por el centro educativo cuando lo solicite	100%
5	Entregar informes mensuales de las actividades presentadas.	100%
6	Y demás funciones que le sean asignados por parte del supervisor.	100%

OBSERVACIONES:

¿Existe algún incumplimiento del contratista con respecto a las actividades del contrato? (SI/NO):

NO

En caso positivo, indique las actividades y plazo del contratista para subsanar el incumplimiento o no conformidad:

N/A

RECOMENDACIONES:

N/A

SE ANEXA: oficio No OF-FOGF-125 del 08 de noviembre de 2024 de La Dirección Financiera de la Alcaldía de Magangué, en donde la directora financiera define que el termino máximo para recibir solicitudes de pago será el 16 de diciembre de 2024 en aras de evitar inconvenientes en el ejercicio de cierre fiscal para la vigencia 2024

FIRMA SUPERVISOR
LEONARDO ENRIQUE CARCAMO VEGA

ALCALDÍA MUNICIPAL DE MAGANGUÉ

NIT 8000278572 2

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN, CULTURA Y DEPORTE

ALCALDÍA MUNICIPAL DE MAGANGUÉ
NIT 8000278572 2
SECRETARÍA DE HACIENDA

OFICIO

Magangué noviembre 08 de 2024

Sres Secretarios y Contadores del Municipio de Magangué - Bolívar

Asunto: Fechas Límite para la Presentación de Solicitudes de Pago - Vigencia 2024

Estimados señores:

Con el objetivo de garantizar una adecuada gestión financiera y evitar posibles inconvenientes en el cierre contable del ejercicio fiscal 2024, se establecen las siguientes fechas límite para la recepción de solicitudes de pago:

- **Pagos a través de Fiduciaria Popular**: 16 de diciembre de 2024.
- **Pagos por otras fuentes de financiamiento**: 20 de diciembre de 2024.

Es fundamental que las solicitudes de pago se presenten dentro de los plazos establecidos para asegurar su oportuna tramitación y el cumplimiento de las obligaciones financieras del municipio.

Para mayor información o consultas, pueden comunicarse con la Dirección Financiera a través de los siguientes canales:

- **Correo electrónico**: tesoreria.alcaldiademagangue@gmail.com
- financiera@magangue-bolivar.gov.co

Agradecemos su colaboración y puntualidad en el cumplimiento de este requerimiento.

Atentamente,

KAREN HERNANDEZ **MORA**
CC 32.938.979
Directora Financiera

Elaborado por: Candelaria Patricia Peñate Garcia

INFORME DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO No.* 717 DE *2024

ENTIDAD	*ALCALDIA DE MAGANGUE BOLIVAR*
DEPENDENCIA	*SECRETARIA DE EDUCACION*
CONTRATO Nª	*717 DE 2024*
CLASE DE CONTRATO	*PRESTACION DE SERVICIOS PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS Y OPERATIVOS EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS OFICIALES DEL MUNICIPIO DE MAGANGUE BOLIVAR.*
NOMBRE CONTRATISTA Y CEDULA	***ARISTIDES MANUEL MOLA TARRIBA*** ***C.C. No. 9.138.903***
PLAZO CONTRATO	*FECHA INICIO: 06/11/2024 – FECHA FINAL 31/12/2024*
VALOR TOTAL DEL CONTRATO $ 3.250.000	

CONDICIONES DEL CONTRATO

OBJETO	*PRESTACION DE SERVICIOS PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS Y OPERATIVOS EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS OFICIALES DEL MUNICIPIO DE MAGANGUE BOLIVAR.*
OBLIGACIONES SEGÚN LA CLAUSULA SEXTA DEL CONTRATO	*En cumplimiento de este contrato EL CONTRATISTA deberá cumplir con las siguientes obligaciones: En desarrollo del objeto, EL CONTRATISTA se obliga a.* *1. Colaborar con la entidad contratante en lo que sea necesario para el objeto contratado se cumpla y que este sea de la mejor calidad* *2. Acatar las instrucciones que durante el desarrollo del contrato le imparta el contratante, y de manera general obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando las dilataciones o en tratamientos que pudiera presentarse,* *3. Garantizar la calidad de los servicios contratados.* *4. encontrarse al día con los pagos de los soportes de seguridad social, durante la ejecución del contrato salud, pensión ARL).* *5. Presentar mensualmente informe de las actividades realizadas relacionadas con el objeto contractual del supervisor del contrato.*
INFORME DE ACTIVIDADES	***En el Periodo Informado*** *y teniendo en cuenta el cumplimiento del Contrato de Orden de Prestación de Servicio como* ***Celador****, realice las siguientes Actividades que se señalan a Continuación:* • *Controle y supervise quién entra y sale de la institución educativa, asegurándose de que solo las personas autorizadas tengan acceso a las instalaciones.* • *Patrulle y vigile los pasillos, patios, áreas de recreo, baños y otras zonas comunes para detectar comportamientos inapropiados, conflictos entre estudiantes o cualquier otra situación que pueda requerir intervención.* • *Estuve atento a cualquier actividad que pueda indicar intentos de robo, vandalismo o daño a la propiedad escolar, y tomar medidas preventivas para evitar estos incidentes.* *Lo anterior con el fin de mantener un entorno educativo seguro, promoviendo un ambiente de aprendizaje positivo y protegiendo el bienestar de todos los miembros de la comunidad escolar.*

Atentamente,

ARISTIDES MANUEL MOLA TARRIBA
C.C. No. 9.138.903

Alcaldía Municipal de Magangué

NIT. 800.028.432-2

Debe a:

Beneficiario (nombres y apellidos)	***ARISTIDES MANUEL MOLA TARRIBA***
Tipo y número del documento	*CC. No.* ***9.138.903***
Lugar de expedición del documento	MAGANGUE
Dirección residencia	PUERTO NARIÑO
Ciudad residencia	MAGANGUE
Teléfono	3233327320
Período a cobrar	06/11/2024 AL 31/12/2024
Concepto del cobro	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS Y OPERATIVOS EN LAS INSTITUCIONES EDUCATICAS DE MAGANGUÉ – BOLIVAR. CONTRATO N° 717 2024
Valor a cobrar en ($)	*$ 3.250.000.00*
Valor a cobrar en letras	TRES MILLONES DOCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M/L
Municipio donde se prestó el servicio	MAGANGUÉ- BOLIVAR

ARISTIDES MANUEL MOLA TARRIBA
C.C. No. 9.138.903

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 9.138.903

MOLA TARRIBA
APELLIDOS

ARISTIDES MANUEL
NOMBRES

Aristides Mola
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 05-AGO-1963
MAGANGUE
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.59	O+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

25-OCT-1982 MAGANGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-0502800-00159782-M-0009138903-20070922 02999 07250 02 210035346

EFECTIVO LTDA.
NIT:-830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9548952573 DV: 772294
Cliente: 110263 PILA RECAUDO
Fecha: 25/11/2024 08:14:09
PAP: 912176
Identificacion: 9138903
Nombre: ARISTIDES
Apellido 1: MOLA
Apellido 2: TARRIBA
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 6883461
Codigo Planilla: 1745887197
Periodo Pago: 2024/11
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0
Referencia: 9138903 Valor: $169.300,00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presente este recibo: Tel. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
RECIBO PARA PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

N:	CÉDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	9138903	
OCIAL:		ARISTIDES MANUEL MOLA TARRIBA	
	MAGANGUE DEPARTAMENTO:	BOLIVAR	
	CALLE 11 NO. 3 - 17 TELÉFONO:	6883461	
	02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE	
	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de	
TACIÓN:	ÚNICO		
RADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

	1745887197 TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES		
ÓN	MES:	noviembre PERIODO COTIZACIÓN	MES:	noviembre	
AS:	AÑO:	2024 SALUD:	AÑO:	2024	

INFORMACIÓN FECHAS DE PAGO

E PAGO	DIAS DE MORA	VALOR DE LA MORA	VALOR POR PAGAR
	0	$ 0	$ 169.300
	1	$ 300	$ 169.600
	2	$ 400	$ 169.700
	3	$ 500	$ 169.800
	6	$ 800	$ 170.100
2024/12/10	7	$ 1.000	$ 170.300

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
	X															

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900226715	ESSC24	ESSC24-COOSALUD ESS	1	$ 162.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 162.500**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 6.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 6.800**

TOTAL POR PAGAR: $ 169.300

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:			
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	9136903
CIUDAD/MUNICIPIO:			ARISTIDES MANUEL MOLA TARRIBA
DIRECCIÓN:	MAGANGUE	DEPARTAMENTO:	BOLIVAR
TIPO APORTANTE:	CALLE 11 NO. 3 - 17	TELÉFONO:	6803461
TIPO EMPRESA	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
FORMA DE PRESENTACIÓN	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)	ÚNICO		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	1745887197	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES noviembre AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES noviembre AÑO 2024
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)	2024/11/25	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	8PE0793109

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
ESSC24	ESSC24-COOSALUD ESS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 162.500
SUBTOTALES:													$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 162.500

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 6.800	$ 6.800	$ 0	$ 0	$ 6.800
SUBTOTALES:									$ 6.800	$ 0	$ 0	$ 6.800

Planilla Pagada

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA
1	CC 9136903	MOLA TARRIBA ARISTIDES MANUEL	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS	NO OBLIG COT PENS EDAD	$ 1.300.000				NO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
	X															

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD

ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE
ESSC24-COOSALUD ESS	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500

SEGURIDAD SOCIAL — ARP

ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.300.000	9136903	$ 6.800

PARAFISCALES

DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 169.300

Planilla Pagada