Certificado de cumplimiento de actividades de contratos por Prestación de servicios

Contratista:	OTONIEL CASIANO PEREZ SEQUEDA	**No. de Cédula**	3872585
No. de Contrato:	PS – 708/2024	**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:	06 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 N°	PS – 708/2024
CONTRATISTA	OTONIEL CASIANO PEREZ SEQUEDA
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 06 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 - 708 / 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	OTONIEL CASIANO PEREZ SEQUEDA
NIT/CC	C.C. No. 3872585
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	**2849**	**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	1745934772	CAJA COPI	NOVIEMBRE
ARL	1745934772	SURA	NOVIEMBRE

PERSONA NATURAL:

Que el contratista **(OTONIEL CASIANO PEREZ SEQUEDA)** 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 2024al 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. 800028432-2
SECRETARIA DE HACIENDA
OFICIO
Vigencia: 01/001/2024
Versión: 01

Magangué noviembre 08 de 2024

Consecutivo: **OF – FOGF – 125**

Sres. Secretarios y Contadora 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 García**

CUENTA DE COBRO

Alcaldía Municipal de Magangué
NIT. 800.028.432-2
Debe a:

Beneficiario (nombres y apellidos)	**OTONIEL CASANIO PEREZ SEQUEDA**
Tipo y número del documento	*CC. No.* 3.872.585
Lugar de expedición del documento	MAGANGUE
Dirección residencia	CORREGIMIENTO BOCAS DE SAN ANTONIO
Ciudad residencia	SAN ANTONIO
Teléfono	XXXXXXX
Período a cobrar	*06/11/2024 – FECHA FINAL 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° 708- 2024
Valor a cobrar en ($)	$3.250.000.00
Valor a cobrar en letras	TRES MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS
Municipio donde se prestó el servicio	MAGANGUÉ- BOLIVAR

Otoniel Perez S
OTONIEL CASANIO PEREZ SEQUEDA
CC. No. 3.872.585

INFORME DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO No. 708 DE 2024

ENTIDAD	ALCALDIA DE MAGANGUE BOLIVAR
DEPENDENCIA	SECRETARIA DE EDUCACION
CONTRATO N°	708 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	**OTONIEL CASANIO PEREZ SEQUEDA** **C.C. No. 3.872.585**
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. Colaboró 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,

Otoniel Perez S

OTONIEL CASANIO PEREZ SEQUEDA
C.C. No. 3.872.585

Magangué, 26 de Noviembre de 2024

SEÑORES:
SECRETARIA DE EDUCACION MUNICIPAL DE MAGANGUE

Asunto: Certificación documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social.

Yo, **OTONIEL CASANIO PEREZ SEQUEDA** identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 3.872.585 de Magangué, vinculado actualmente mediante contrato de prestación de servicios No. **0-708-2024** y en cumplimiento de lo establecido en el Parágrafo 1 del Artículo 4 de Decreto 2271 de 2009, certifico bajo la gravedad de juramento lo siguiente:

• Que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social, corresponden a los ingresos provenientes al Contrato **No. 0-708-2024**.

Se adjunta la planilla de pago No. 1745934772 correspondiente a los aportes del mes de Noviembre de 2024.

Cordialmente,

Otoniel Perez

OTONIEL CASINO PEREZ SEQUEDA
CC. No. 3.872.585

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
RECIBO PARA PAGO

Bancolombia

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9551859040 OV: 039843
Cliente: 110263 PILA RECAUDO
Fecha: 05/12/2024 16:25:13
PAP: 955232
Identificacion: 3872585
Nombre: OTONIEL
Apellido 1: PEREZ
Apellido 2: SEQUEDA
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 6883461
Codigo Planilla: 1745934772
Periodo Pago: 2024/11
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0
Referencia: 3872585 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.
servicioalclientes@efecty.com.co.
www.efecty.com.co

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

IÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	3872585	
N SOCIAL:		OTONIEL CASIANO PEREZ SEQUEDA	
D:	MAGANGUE DEPARTAMENTO:	BOLIVAR	
	CENTRO TELÉFONO:	6883461	
:	02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE	
	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades especializadas	
ENTACIÓN:	ÚNICO		
NERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

A:	**1745934772** TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES		
CIÓN	MES:	noviembre PERIODO COTIZACIÓN	MES:	noviembre	
EMAS:	AÑO:	2024 SALUD:	AÑO:	2024	

INFORMACIÓN FECHAS DE PAGO

DE PAGO	DIAS DE MORA	VALOR DE LA MORA	VALOR POR PAGAR
2/19	0	$ 0	$ 169.300
2/20	1	$ 300	$ 169.600
2/23	4	$ 600	$ 169.900
2/24	5	$ 700	$ 170.000
2/26	7	$ 1.000	$ 170.300
2/27	8	$ 1.100	$ 170.400

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		
901543211	CCFC55	CCFC55- CAJACOPI EPS S.A.S	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