La letra gris son las instrucciones de diligenciamiento y se solicita reemplazar por la información del contratista o eliminarlos.

FORMATO DE INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONVENIO	
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 CUATROCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL UN PESO M/CTE. ($ 1.563.445.001)
Valor de honorarios periodo	Tercer desembolso que corresponde el 20% del aporte de la Gobernación, que se entregará al sesenta por ciento de la ejecución del contrato, correspondiente a la suma de DOSCIENTOS DIECIOCHO MILLONES OCHOCIENTOS VEINTIDOS MIL QUINIENTOS VEINTINUEVE PESOS M/CTE ($ 218.822.529)
N° Pago / N° de informe:	3/4 (20%)
N° CDP	258 del 27 de febrero 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 CONTRACTUALES 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)	

Escaneado con 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. ACTIVIDADES DESARROLLADAS

ITEM	ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO
1.	Cumplimiento del 60% de ejecución del contrato.

E. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA	CERTIFICADO

F. DECLARACIONES DEL CONVENIENTE

1. Que, a la fecha, he cumplido con las actividades establecidas en el convenio.
2. Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado convenio, serán descontados por la Secretaría de Hacienda Departamental.
3. Que lo correspondiente a pago por Seguridad Social, está debidamente pagado por el valor que exige la Ley.

G. ANEXOS

El presente informe es elaborado a los 09 días del mes de diciembre de 2024 en el D.T.C. e H. de Santa Marta

FIRMA CONVENIENTE	Sunira Sánchez ***SUNIRA MILENA SANCHEZ MIRANDA*** *REPRESENTANTE LEGAL*
N°. Identificación	C.C 1.082.961.389 de Santa Marta

Escaneado con CamScanner