INFORME DE SUPERVISION

Contrato [X] **Convenio** [ ]

MODALIDAD DE SELECCIÓN	DIRECTA
Nº DE PROCESO DE SELECCIÓN	No. 269/ 2025.
TIPO DE CONTRATO O CONVENIO	Prestación de servicio
FECHA DE INSCRIPCION DEL CONTRATO/CONVENIO	13 DE FEBRERO DE 2025
OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A GESTION PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS Y OPERATIVOS EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS OFICIALES UBICADAS EN LA ZONA URBANA DEL MUNICIPIO DE MAGANGUE BOLIVAR.
CONTRATISTA-OPERADOR	YORLEIDYS HERNANDEZ CADRASCO
NIT/CC	C.C. No 1051736707
REPRESENTANTE LEGAL	N/A
IDENTIFICACION DEL REPRESENTANTE LEGAL	N/A
VALOR DEL CONTRATO/CONVENIO	OCHO MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y UN MIL PESOS M/CTE ($8.541.000) IVA INCLUIDO
FORMA DE PAGO O DESEMBOLSOS	Se cancelarán por mensualidades de **UN MILLÓN CUATROCIENTOS VEINTITRÉS MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE($1.423.500) IVA INCLUIDO**
PLAZO DE EJECUCION	El plazo de ejecución es de 6 MESES, 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 2025.
FECHA DE INICIO	17 DE MARZO DE 2025

INTERVENTOR	**NOMBRE**	**N/A**
	FECHA DE DESIGNACION DE LA INTERVENTORIA	**N/A**
SUPERVISION	**NOMBRE**	**LEONARDO ENRIQUE CARCAMO VEGA**
PERIODO DEL INFORME: 17 DE ABRIL DE 2025 AL 16 DE MAYO DE 2025		

DATOS FINANCIEROS.

CERTIFICADO(S) DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL – CDP					
Nº	25000033	**VALOR**	1670000000	**FECHA**	**1/27/2025**
REGISTRO(S) PRESUPUESTAL(ES)- RP					
Nº	25000513	**VALOR**	8541000	**FECHA**	**17 DE MARZO DE 2025**

RUBRO(S) PRESUPUESTAL(ES) **AFECTADO(S)**	**CONTRATACION DE ASEO CD-ORIENTADORES-RURAL-2025 A LOS ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS ESTATALES RECURSOS SGP EDUCACION PRESTACION DE SERVICIOS**

RELACION DE DOCUMENTOS APORTADOS QUE ACREDITAN PAGOS O APORTES A LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

PERSONA NATURAL Y/ O JURICA:

TIPO DE APORTE	PLANILLA Nº	OPERADOR	PERIODO DEL APORTE
PENSION	9488932312 9488993932	PORVENIR	MARZO DE 2025 ABRIL DE 2025
SALUD	9488932312 9488993932	COOSALUD	MARZO DE 2025 ABRIL DE 2025
ARL	9488932312 9488993932	POSITIVA	MARZO DE 2025 ABRIL DE 2025

PERSONA NATURAL:

Que el contratista **(YORLEIDYS HERNANDEZ CADRASCO)** 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, 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: **: 17 DE ABRIL DE 2025 AL 16 DE MAYO DE 2025,** por valor de **UN MILLÓN CUATROCIENTOS VEINTITRÉS MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE($1.423.500) IVA INCLUIDO.**

SI [X]
NO [ ]

No. Item	Actividades / Obligaciones contractuales o del Convenio	Actividades verificadas por la Supervisión
1	Apoyar en la realización y la manutención de los ambientes limpios de la institución educativa el cual se le asignes.	100%
2	Coadyuvar con estrategias y plan de trabajo para el mantenimiento y limpieza de las zonas que compongan la institución educativa a la cual fue asignada	100%

	ALCALDÍA MUNICIPAL DE MAGANGUÉ **NIT. 800028432-2**	**Vigencia:** **01/01/2025**
	SECRETARÍA DE EDUCACIÓN, CULTURA Y DEPORTE	
		Versión: 01

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES DE CONTRATOS POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Contratista:	YORLEIDYS HERNANDEZ CADRASCO			**No. de Cédula**	1051736707
No. de Contrato:	269	**De fecha:**	13 DE FEBRERO DE 2025		
Objeto:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A GESTION PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS Y OPERATIVOS EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS OFICIALES UBICADAS EN LA ZONA URBANA DEL MUNICIPIO DE MAGANGUE BOLIVAR.				
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:	17 DE ABRIL DE 2025				
Fecha final del periodo certificado:	16 DE MAYO DE 2025				
Fecha de expedición:	28 DE JULIO DE 2025				
Se expide la presente certificación a solicitud del interesado como requisito de gestión de pago					

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.º	269/ 2025
CONTRATISTA	YORLEIDYS HERNANDEZ CADRASCO
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A GESTION PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS Y OPERATIVOS EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS OFICIALES UBICADAS EN LA ZONA URBANA DEL MUNICIPIO DE MAGANGUE BOLIVAR.
CUENTA DE COBRO	X
INFORME DE ACTIVIDADES	SEGUNDO INFORME
PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL	X

Se expide en el municipio de Magangué, el 28 DE JULIO DE 2025

LEONARDO ENRIQUE CARCAMO VEGA
Secretario de Educación, Cultura y Deporte

3	Informar a la dirección del establecimiento cualquier dificultad que tenga en el desempeño de sus funciones.	100%
4	Cumplir con las normar de Bioseguridad y procedimientos de seguridad integral.	100%
5	Participar en las actividades planificadas por Centro Educativo cuando se le solicite.	100%
6	Entregar informes mensuales de las actividades presentadas.	100%
7	Y demás funciones que le sean asignados por parte del supervisor.	100%

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:

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

FIRMA SUPERVISOR
LEONARDO ENRIQUE CARCAMO VEGA

CUENTA DE COBRO 02

ALCALDÍA MUNICIPAL DE MAGANGUÉ

NIT. 800.028.432-2

DEBE A:

Beneficiario (nombre y apellidos)	**YORLEIDYS HERNANDEZ CADRASCO**
Tipo y número del Documento	**C.C.No. 1.051.736.707**
Lugar expedición del document	**MAGANGUÉ - BOLÍVAR**
Direccion de Residencia	**CORREGIMIENTO PINILLOS**
Telefono:	**3008875040**
Periodo:	17/04/2025 al 16/05/2025
Concepto de cobro:	**PAGO No. 02-** CONTRATO NO.269 POR CONCEPTO DE: "PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS Y OPERATIVOS EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS OFICIALES UBICADAS EN LA ZONA RURAL DEL MUNICIPIO DE MAGANGUÉ"
Valor a cobra ren ($)	$1.423.500
Valor en letras	Un Millon Cuatrocientos Veintitres Mil Quinientos Pesos M/L.
Municipio donde se presto el servicio	Magangué – Bolívar

Firma:

Yorleidys Hernandez

YORLEIDYS HERNANDEZ CADRASCO

C.C.NO. 1.051.736.707

INFORME DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO No. **PS-269 DE 2025**

ENTIDAD	*ALCALDIA DE MAGANGUE BOLIVAR*
DEPENDENCIA	*SECRETARIA DE EDUCACION*
CONTRATO Nª	*PS-269-2025*
CLASE DE CONTRATO	"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS Y OPERATIVOS EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS OFICIALES UBICADAS EN LA ZONA RURAL DEL MUNICIPIO DE MAGANGUÉ" .
NOMBRE CONTRATISTA Y CEDULA	*YORLEIDYS HERNANDEZ CADRASCO C.C.NO. 1.051.736.707*
PLAZO CONTRATO	*FECHA INICIO:17/03/2025 FECHA FINAL: 16/09/2025*
FECHA ENTREGA INFORME	*17/04/2025 AL 16/05/2025*
VALOR TOTAL DEL CONTRATO $ 8.541.000.oo	
CONDICIONES DEL CONTRATO	
OBJETO	"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS Y OPERATIVOS EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS OFICIALES UBICADAS EN LA ZONA RURAL DEL MUNICIPIO DE MAGANGUÉ".
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. 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.* *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.* *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 normas de Bioseguridad y procedimientos de seguridad integral.* *4. Participar en las actividades planificadas por el centro educativo cuando lo solicite. 5. Entregar informes mensuales de las actividades presentadas.* *6. Y demás funciones que le sean asignados por parte del supervisor*
INFORME DE ACTIVIDADES	***En el Periodo Informado*** *y teniendo en cuenta el cumplimiento del Contrato de Orden de Prestación de Servicio como* ***SERVICIOS GENERALES****, realice las siguientes Actividades que se señalan a Continuación:* *Se realizo las actividades como* ***SERVICIOS GENERALES*** *en la Institución Educativa de Coyongal.*

Atentamente,

Yorleidy Hernandez

YORLEIDYS HERNANDEZ CADRASCO
C.C.NO. 1.051.736.707

EL SUSCRITO RECTOR DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE COYONGAL

C E R T I F I C A:

Que, YORLEIDYS HERNANDEZ CADRASCO , identificado (a) con cedula de ciudadanía N° **1.051.736.707**, se encuentra laborando en la institución educativa , con contrato No **269 del 13 de Marzo** de 2025, cuyo objeto es: Prestación de servicios para el fortalecimiento de los procesos administrativos y operativos en las instituciones educativas oficiales ubicadas en la zona rural del municipio de Magangué en servicios generales durante la vigencia 2025.

La señora inicialmente mencionada, laboro desde el **17 de abril hasta el 16 de mayo** del presente año lectivo.

En constancia de lo anterior, se firma en el corregimiento de Coyongal, jurisdicción del municipio de Magangué-Bolívar, a los **veinte (20) días del mes de abril de 2025**, a petición del interesado(a).

Robin Jhair Riñeres Retamoza
C.C. N° 9.020.343
Rector

Magangué – Bolívar, 24/07/2025

SEÑORES
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN MUNICIPAL DE MAGANGUÉ

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

YORLEIDYS HERNANDEZ CADRASCO, *identificada con la cédula de ciudadanía* ***No.1.051.736.707*** vinculado actualmente mediante contrato de prestación de servicios **No. PS-269** 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 del Sistema General de Seguridad Social, corresponden a los ingresos provenientes al Contrato **No. PS-269.**

- Se adjunta las planillas de pago **No.9488932312** del mes de Marzo y **9488993932** del mes Abril del año 2025.

Cordialmente,

Yorleidys Hernandez

YORLEIDYS HERNANDEZ CADRASCO

C.C.No. 1.051.736.707 DE PINILLOS

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1051736707		HERNANDEZ CADRASCO YORLEIDYS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 14 - 1b A 06 BARRIO FLORIDA 1	MAGANGUE-BOLIVAR	3008875040	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-04	41548407	9488993932	1	2025/05/05	2025/07/21	BANCO DE OCCIDENTE	77	$433,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
1	CC	1051736707	HERNANDEZ YORLEIDYS	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS042	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,423,500	$7,500	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$11,300	$0	$239,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$227,800	$11,300	$0	$239,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,500	$400	$0	$7,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$7,500	$400	$0	$7,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$8,800	$0	$186,800
COOSALUD EPS	EPS042	900,226,715	3	1	$178,000	$8,800	$0	$186,800
TOTAL				**1**	**$413,300**	**$20,500**	**$0**	**$433,800**

2025/07/24 11:10 AM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1051736707		HERNANDEZ CADRASCO YORLEIDYS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 14 - 16 A 06 BARRIO FLORIDA 1	MAGANGUE-BOLIVAR	3008875040	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03	41547603	9488932312	I	2025/04/02	2025/07/21	BANCO DE OCCIDENTE	110	$206,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
1	CC	1051736707	HERNANDEZ YORLEIDYS	230301	14	$664,300	$106,300	EPS042	14	$664,300	$83,100		0	$0	$0	14-23	14	$664,300	$3,500	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$664,300	$106,300			$664,300	$83,100			$0	$0			$664,300	$3,500		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$106,300	$7,600	$0	$113,900
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$106,300	$7,600	$0	$113,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$3,500	$300	$0	$3,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$3,500	$300	$0	$3,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$83,100	$5,900	$0	$89,000
COOSALUD EPS	EPS042	900,226,715	3	1	$83,100	$5,900	$0	$89,000
TOTAL				**1**	**$192,900**	**$13,800**	**$0**	**$206,700**

2025/07/24 11:09 AM