A. INFORMACIÓN GENERAL	
Contrato/Convenio N°	*CA-007-2025 / 28 de julio de 2025*
Nombre del Contratista	*FUNDACIÓN SER INTEGRAL PARA EL DESARROLLO SOCIAL EN SALUD, EDUCACIÓN, PAZ Y SOSTENIBILIDAD*
N° de identificación	*900.996.103-9*
Objeto	*"AUNAR ESFUERZOS TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS PARA FORTALECIMIENTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE INCLUSIÓN EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS DEPARTAMENTALES EN LOS MUNICIPIOS NO CERTIFICADOS DEL DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA AÑO 2025."*
Valor inicial	*MIL SETECIENTOS DIECISIETE MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS SETENTA Y SIETE PESOS CON SETENTA Y OCHO CENTAVOS ($1.717.786.277)*
Valor total	*MIL SETECIENTOS DIECISIETE MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS SETENTA Y SIETE PESOS CON SETENTA Y OCHO CENTAVOS ($1.717.786.277)*
Valor de honorarios periodo	*PRIMER DESEMBOLSO, correspondiente al 20% del aporte de la Gobernación, se cancelará como PAGO ANTICIPADO, precedido de la aprobación de póliza y expedición del Registro Presupuestal, correspondiente a la suma de DOSCIENTOS NOVENTA Y OCHO MILLONES TRESCIENTOS VEINTIUN MIL QUINIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS MCTE ($ 298.321.569)*
N° Pago / N° de informe	*1 - 4 (PAGO ANTICIPADO) 20%*
Periodo del informe	*31/07/2025-31/08/2025*
N° CDP	*1693 DE 03/06/2025*
N° CRP	*4885 DE 28/07/2025*
Plazo inicial	*HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2025*
Plazo final	*HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2025*
Fecha del Acta de Inicio	*31 DE JULIO DE 2025*
B. MODIFICACIONES CONTRACTUALES (si aplica)	

Scanned with CamScanner

N° de modificación	*Aclaratorio N° 001*				
Tipo de modificación (Marque con una X)	Adición		Prórroga		
	Suspensión		Reinicio		
	Cesión				
Valor adicionado	*N/A*				
CDP de la adición	*N/A*				
CRP de la adición	*N/A*				
Tiempo prorrogado	*N/A*				
Tiempo suspendido	*N/A*				
C. POLIZAS (si aplica)					
N° de póliza	*46-44-101013667 / 46-40-1006916*				
Nombre de la aseguradora	*SEGUROS DEL ESTADO S. A*				
Fecha de la póliza	*30/07/2025*				
Acto Administrativo de Aprobación	*31/07/2025*				

D. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LAS ACTIVIDADES RECIBIDAS	
OBLIGACIÓN N° 1: *(Transcribir la obligación o actividad especifica)*	
Detalle de las actividades realizadas	**Evidencias o Soportes verificados**
Firma, presentación y aprobación de la garantía	SI CUMPLE
Firma del acta de inicio	SI CUMPLE
OBLIGACIÓN N° 2: *(Transcribir la obligación o actividad especifica)*	
Detalle de las actividades realizadas	**Evidencias o Soportes verificados**
Realizó dos (2) reuniones de seguimiento y coordinación	Actas
Verificó y validó la base de datos del SIMAT para orientar la focalización en 15 IED de los 28 municipios no certificados del departamento del Magdalena	Formato de novedades
Realizó visitas técnicas diagnóstico de condiciones y levantamiento de información básica en 15 Instituciones Educativas Departamentales	Fotografías
RECOMENDACIONES Y/U OBSERVACIONES:	

ITEM	VERIFICACION DE REQUISITOS *Marcar con una X según corresponda.*	SI	NO

Scanned with CamScanner

1.	El contrato se encuentra debidamente legalizado	X	
2.	El contratista autoriza que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato, le sean descontados del valor a cancelar en el presente pago.	X	
3.	El Contratista cumplió con las actividades que se le asignaron para ejecutar en el periodo a cobrar	X	
4.	En la dependencia supervisora reposa el respectivo informe de actividades con previa certificación del cumplimiento	X	
5.	Que el contratista 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, como consta a continuación:	X	

INFORMACION DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL *Diligenciar la información según la verificación de la(s) planilla(s) aportada(s), en el primer pago, colocar "CERTIFICACIÓN" y N/A en el resto de casillas*			
PLANILLA N°:	**CERTIFICACION O NUMERO DE PLANILLA**		
CONCEPTO DE PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD	CERTIFICADO	*N/A*	*N/A*
PENSION	CERTIFICADO	*N/A*	*N/A*
ARL	CERTIFICADO	*N/A*	*N/A*

Teniendo en cuenta lo anterior, en mi calidad de supervisor doy visto bueno para el respectivo pago correspondiente al informe No 1 de 4 (Pago anticipado) que comprende el periodo *31/07/205* A 31/08/2025.

La presente certificación se expide en el D.T.C. e H. de Santa Marta a los 08 días del mes de septiembre del año 2025.

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA Y DA VISTO BUENO PARA PAGO	**YESID GONZÁLEZ PERDOMO** **Secretario de Educación Departamental**

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

Scanned with CamScanner