A. INFORMACIÓN GENERAL				
Contrato/Convenio N°	*CS-1704 DE 15 DE JULIO DE 2025*			
Nombre del Contratista	DOTACIONES MB SAS			
N° de identificación	901.780.957-7			
Objeto	"SUMINISTRO DE BONOS CANJEABLES Y RECARGABLES PARA DOTACIÓN DE CALZADO Y VESTIDO DE LABOR CORRESPONDIENTE A LA DOTACION DE LOS DOCENTES QUE TIENEN DERECHO A DICHA PRESTACIÓN DE LOS MUNICIPIOS NO CERTIFICADOS EN EDUCACIÓN EN EL DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA, CORRESPONDIENTE A LA VIGENCIA 2023, 2024 Y 2025."			
Valor inicial	*MIL TRESCIENTOS MILLONES DE PESOS ($ 1.300.000.000)*			
Valor total	*MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y OCHO MILLONES CIENTO SETENTA Y CUATRO MIL CIENTO CINCUENTA Y SIETE PESOS ($ 1.948.174.157)*			
Valor de honorarios periodo	*CIENTO NOVENTA Y CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y SIETE PESOS CON DIEZ CENTAVOS ($ 194.452.247,10)*			
N° Pago / N° de informe	*No. 4* de No. *8*			
Periodo del informe	*13/08/2025 --26/09/2025*			
N° CDP	***N° 366 31/01/2025*** ***N° 437 06/02/2025***			
N° CRP	***N° 4335 15/07/2025*** ***N° 4336 15/07/2025***			
Plazo inicial	*El plazo de ejecución del contrato será HASTA 31 DE OCTUBRE DE 2025*			
Plazo final	*El plazo de ejecución del contrato será HASTA 31 DE DICIEMBRE DE 2025*			
Fecha del Acta de Inicio	*31 DE JULIO DE 2025*			
B. MODIFICACIONES CONTRACTUALES (si aplica)				
N° de modificación	*01*			
Tipo de modificación (Marque con una X)	Adición	*X*	Prórroga	*X*
	Suspensión	*N/A*	Reinicio	*N/A*
	Cesión	*N/A*		
Valor adicionado	*N/A*			
CDP de la adición	***N°_2331_ 04/09/2025***			
CRP de la adición	***N°_5897_15/09/2025***			
Tiempo prorrogado	*DOS (2) MESES*			
Tiempo suspendido	*N/A*			
C. POLIZAS (si aplica)				
N° de póliza	85-44-101139416			
Nombre de la aseguradora	Seguros del Estado S.A.			
Fecha de la póliza	18 de julio de 2025			
Acto Administrativo de Aprobación	21 de julio de 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**
PLAN LOGISTICO -CRONOGRAMA DE TRANSMISIÓN DE TARJETA Recibimos el plan logístico donde se consigna la información del cronograma de transmisión de tarjeta enviado a Despacho el día 22 de septiembre de 2025	Informe físico y digital
OBLIGACIÓN N° 2: *(Transcribir la obligación o actividad especifica)*	
Detalle de las actividades realizadas	**Evidencias o Soportes verificados**
RECOMENDACIONES Y/U OBSERVACIONES: *(Aquí de deben realizar un detalle de lo observado y concerniente a la supervisión del contrato por parte del supervisor, dando fe que se ha cumplido con lo estipulado en el informe de actividades, además de todos los sucesos acontecidos en el desarrollo del contrato)*	

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

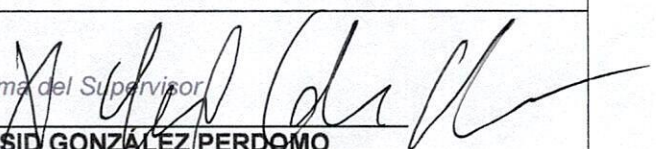
INFORMACION DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

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°:	CERTIFICACIÓN		
CONCEPTO DE PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD	*N/A*	*N/A*	*N/A*
PENSION	*N/A*	*N/A*	*N/A*
ARL	*N/A*	*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 4 que comprende el periodo *13/08/2025 a 26/09/2025*

La presente certificación se expide en el D.T.C. e H. de Santa Marta a los 26 días del mes de septiembre del año 2025.

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA Y DA VISTO BUENO PARA PAGO	*Firma del Supervisor*  **YESID GONZÁLEZ PERDOMO** **SECRETARIA DE EDUCACION**

Revisado: Margareth Mercado Pérez – P.E Administrativa y Financiera