	FORMATO: INFORME MENSUAL Y/O PERIÓDICO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS CONVENIOS Y CERTIFICACIÓN DE PAGO PROCESO: GESTION JURIDICA Y CONTRATACIÓN	Código: GJC-F-001 Versión: 002 Fecha: 03/09/2021
DEPENDENCIA	Secretaria de educación, cultura, recreación y deporte	
Número de pago: 02	Total de pagos: 02	Fecha: 03 de octubre de 2025

ACTO ADMINISTRATIVO			
Fecha de suscripción:	01 de septiembre de 2025	OPS:	
Fecha de inicio:	02 de septiembre de 2025	Contrato interadministrativo:	X
Fecha de terminación:	01 de octubre de 2025	Resolución:	
Duración:	Un (01) mes contado a partir del acta de inicio	Factura:	
Número:	246	Convenio:	
Periodo a pagar:	Pago del 100% del contrato		
N° CDP:	515	Fecha del CDP:	22 de agosto de 2025
N° RP:	1089	Fecha del RP:	01 de septiembre de 2025
Objeto Contractual:	Prestar los servicios de apoyo ala gestión, operativos, logísticos, artísticos y culturales para la celebración de la realización del IV festival de música popular el rey del despacho 2025. Para el fortalecimiento cultural y turístico en el Municipio de San jerónimo.		
Requiere Informe Actividades:	SI: X NO: ____	Suspensión No:	

ACTO ADMINISTRATIVO (Adicion)			
Adición:	SI: NO:	Tiempo ampliación del plazo:	
Numero de Adicion		Fecha de terminación:	
N° CDP:		Fecha del CDP:	
N° RP:		Fecha del RP:	
Adición No. 02	SI: NO:	Tiempo ampliación del plazo:	
Número de adición		Fecha de terminación:	
No. CDP		Fecha del CDP:	
No. RP		Fecha del RP:	

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA	
Nombre:	Corporación planeta norte y/o Diana Patricia Otalvaro Loaiza
Tipo de documento:	Nit, CC.
Identificación:	811034610-1, 43'590,714
Dirección:	Carrera 73 44 29
Número de Teléfono:	321 732 41 74 Medellin Colombia
Banco:	Bancolombia
Número de cuenta:	61600002508
Corriente/ Ahorros:	Cuenta de ahorros

ASPECTOS TRIBUTARIOS			
Persona Natural:	SI: ____ NO: ____	Persona Natural:	
Gran Contribuyente:	SI: ____ NO: ____	Fecha de pago:	
IVA Régimen Común:	SI: ____ NO: ____	Aportes a Salud:	
Persona Jurídica:	SI: ____ NO: ____	Aportes a Pensión:	
Autorretenedor:	SI: ____ NO: ____	Aportes ARL:	
Entidad sin ánimo de lucro	SI: ____ NO: ____	Periodo:	
		Persona Jurídica: X	
Actividad IICA- Código CIIU:		Anexa Certificación del Revisor	SI: X NO:

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO			
		Primer Pago	Segundo Pago
Valor Inicial del contrato:	$ 59.834.500,00	$ 29.917.250,00	
Adición No. 01		Tercer pago	Cuarto pago
Adición No. 02			
Valor pagado:	$ 29.917.250,00	Quinto Pago	Sexto Pago
Valor solicitado:	$ 29.917.250,00		
Saldo:	$ -	Séptimo Pago	Octavo Pago
Porcentaje de Ejecucion Presupuestal		Noveno Pago	Decimo Pago
100%			$ 0
Porcentaje de Ejecucion de Adicion		Onceavo Pago	Doceavo Pago
		$ 0	$ 0

PÓLIZAS					
	No.	Valor Asegurado	Vigencia	Amparos	Cia de Seguros
A - Cumplimiento	45-44-101168942	$ 5'983.450,00	01/09/2025 - 01/02/2026		Seguros del estado
B - Anticipo	45-44-101168942	$ 29'917.250,00	01/09/2025 - 01/02/2026		Seguros del estado
C - Prestaciones Sociales					
D - Estabilidad de la Obra					
E - Responsabilidad Civil Extracontractual	45 - 40-101102445	$ 284'700.000,00	01/09/2025 - 01/10/2025		Seguros del estado
F - Salarios, Prestaciones Sociales					
G - Calidad del Servicio o Equipos	45-44-101168942	$ 5'983.450.00	01/09/2025 - 01/02/2026		Seguros del estado

PÓLIZAS (Adicion)					
	No.	Valor Asegurado	Vigencia	Amparos	Cia de Seguros
A - Cumplimiento					
B - Anticipo					
C - Prestaciones Sociales					
D - Estabilidad de la Obra					
E - Responsabilidad Civil Extracontractual					
F - Salarios, Prestaciones Sociales					
G - Calidad del Servicio o Equipos					

SOLICITUD DE PAGO	Certifico que las actividades se están ejecutando conforme a lo establecido en el contrato, que el contratista cumplió con los pagos de seguridad social en salud y pensión conforme a las normas vigentes, los soportes de estos pagos fueron revisados y cotejados con los originales y corresponden a este contrato, por lo tanto autorizo el pago.

Anexos:			
Copia de Seguridad Social	SI: ____ NO: X N/A ____	El contratista presentó el informe correspondiente:	SI: X NO: ____ N/A ____
Copia de Parafiscales	SI: X NO: ____ N/A	El contratista presentó Cuenta de Cobro o Factura:	SI: X NO: ____ N/A ____
# De Folios	28 Folios		

OBSERVACIONES: Según las actividades realizadas por el contratista: Corporación planeta norte y/o Diana Patricia Otalvaro Loaiza, se evidencia un cumplimiento de 100% de las actividades del contrato.

FIRMA DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR: Katerine VC

NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR: Katerine Andrea Valencia Gallego

C.C.: 44'006.595

CARGO: Secretaria de Educación Municipal

Powered by CamScanner