	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: 01	**Total de pagos: 02**		**Fecha: de 2026**
ACTO ADMINISTRATIVO			
Fecha de suscripción:	**23 de octubre de 2025**	**OPS:**	
Fecha de inicio:	**24 de octubre de 2025**	**Contrato interadministrativo:**	**X**
Fecha de terminación:	**23 de noviembre de 2025**	**Resolución:**	
Duración:	**Un mes(01) contado a partir del acta de inicio**	**Factura:**	
Número:	**285**	**Convenio:**	
Periodo a pagar:	Pago del anticipo del 50% del contrato		
N° CDP:		**Fecha del CDP:**	
N° RP:		**Fecha del RP:**	
Objeto Contractual:	**Prestación de servicios de apoyo a la gestión, operativos, logísticos, artísticos y culturales, para la realización de XIV versión de las fiestas del sol y del agroturismo, para el fortalecimiento cultural,, turístico y fomento de la participación social de la comunidad en el Municipio de San Jerónimo, Antioquia.**		
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				
Valor Inicial del contrato:	**$**	**952.432.690,00**	**Primer Pago**	**Segundo Pago**
Adición No. 01				
Adición No. 02			**Tercer pago**	**Cuarto pago**
Valor pagado:				
Valor solicitado:	**$**	**476.216.345,00**	**Quinto Pago**	**Sexto Pago**
Saldo:	**$**	**476.216.345,00**		
			Séptimo Pago	**Octavo Pago**
Porcentaje de Ejecucion Presupuestal			**Noveno Pago**	**Decimo Pago**
50%				**$ 0**
Porcentaje de Ejecucion de Adicion			**Onceavo Pago**	**Doceavo Pago**
			$ 0	**$ 0**

PÓLIZAS					
	No.	**Valor Asegurado**	**Vigencia**	**Amparos**	**Cia de Seguros**
A - Cumplimiento	**45-44-101170497**	**$ 95.243.269,00**	**23/10/2025 - 23/03/2026**		**Seguros del estado**
B - Anticipo	**45-44-101170497**	**$ 476.216.345,00**	**23/10/2025 - 23/03/2026**		**Seguros del estado**
C - Prestaciones Sociales					
D - Estabilidad de la Obra					
E - Responsabilidad Civil Extracontractual					**Seguros del estado**
F - Salarios, Prestaciones Sociales					
G - Calidad del Servicio o Equipos	**45-44-101170497**	**$ 95.243.269,00**	**23/10/2025 - 23/03/2026**		**Seguros del estado**
PÓLIZAS (Adicion)					
	No.	**Valor Asegurado**	**Vigencia**	**Amparos**	**Cia de Seguros**
A - Cumplimiento					**Seguros del estado**
B - Anticipo					**Seguros del estado**
C - Prestaciones Sociales					
D - Estabilidad de la Obra					
E - Responsabilidad Civil Extracontractual					**Seguros del estado**
F - Salarios, Prestaciones Sociales					
G - Calidad del Servicio o Equipos					**Seguros del estado**

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	**Folios**		

OBSERVACIONES: Según las actividades realizadas por el contratista: Corporación planeta norte y/o Diana Patricia Otalvaro Loaiza, se evidencia un cumplimiento de 50% 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.: 44XXX 60A

Powered by CamScanner