	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: 21 de noviembre de 2025

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:	265	Convenio:	
Periodo a pagar:	Pago total del 100% del contrato		
N° CDP:	689	Fecha del CDP:	22 de octubre de 2025
N° RP:	1370	Fecha del RP:	23 de octubre de 2025
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: X NO: __	Tiempo ampliación del plazo:	
Numero de Adicion	No: 01	Fecha de terminación:	
N° CDP:	732	Fecha del CDP:	12 de noviembre de 2025
N° RP:	1464	Fecha del RP:	12 de noviembre de 2025
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:	
Actividad IICA- Código CIIU:		Persona Jurídica: X	
		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	$	20.000.000,00			
Adición No. 02			Tercer pago	Cuarto pago	
Valor pagado:	$	476.216.345,00			
Valor solicitado:	$	476.216.345,00	Quinto Pago	Sexto Pago	
Saldo:	$	20.000.000,00			
			Séptimo Pago	Octavo Pago	
Porcentaje de Ejecucion Presupuestal			Noveno Pago	Decimo Pago	
80%				$ 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 S.A
B - Anticipo	45-44-101170497	$ 476.216.345,00	23/10/2025 - 23/03/2026		Seguros del estado S.A
C - Prestaciones Sociales					
D - Estabilidad de la Obra					
E - Responsabilidad Civil Extracontractual	45-40-101103816	$ 284,700.000,00	23/10/2025 - 23/11/2025		Seguros del estado S.A
F - Salarios, Prestaciones Sociales					
G - Calidad del Servicio o Equipos	45-44-101170497	$ 95.243.269,00	23/10/2025 - 23/11/2025		Seguros del estado S.A

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	45 Folios		

OBSERVACIONES: Según las actividades realizadas por el contratista: Corporación planeta norte y/o Diana Patricia Otalvaro Loaiza, se evidencia un cumplimiento de 80% de las actividades del contrato.

FIRMA DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR: Katerine V C

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

C.C.: 44'006.595

CARGO: Secretaria de Educación Municipal