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	*El valor total del presente convenio asciende a la suma de MIL SETECIENTOS DIECISIETE MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS SETENTA Y SIETE PESOS ($1.717.786.277) M/CTE, IVA incluido y todos los impuestos a los que haya lugar distribuidos de la siguiente manera:* *Por parte de la Gobernación del Magdalena:* *MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y UN MILLONES SEISCIENTOS SIETE MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y SIETE PESOS ($1.491.607.847) M/CTE* *Por parte de la Fundación Ser Integral:* *DOSCIENTOS VEINTISEIS MILLONES CIENTO SETENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS TREINTA PESOS ($226.178.430) M/CTE*
Valor total	*El valor total del presente convenio asciende a la suma de MIL SETECIENTOS DIECISIETE MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS SETENTA Y SIETE PESOS ($1.717.786.277) M/CTE, IVA incluido y todos los impuestos a los que haya lugar distribuidos de la siguiente manera:* *Por parte de la Gobernación del Magdalena:* *MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y UN MILLONES SEISCIENTOS SIETE MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y SIETE PESOS ($1.491.607.847) M/CTE* *Por parte de la Fundación Ser Integral:* *DOSCIENTOS VEINTISEIS MILLONES CIENTO SETENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS TREINTA PESOS ($226.178.430) M/CTE*
Valor de honorarios periodo	*SEGUNDO DESEMBOLSO correspondiente el 20% del aporte de la Gobernación, que se entregará al 30% de ejecución del contrato sujeto al cumplimiento de la entrega del cronograma de actividades, focalización y caracterización de los estudiantes con Necesidades Especiales y Talentos Excepcionales y presentación*

Powered by CamScanner

	del proyecto a la comunidad educativa (estudiantes, padres de familia, directivos y docentes) con su respectiva evidencia. Correspondiente a la suma de DOSCIENTOS NOVENTA Y OCHO MILLONES TRESCIENTOS VEINTIUN MIL QUINIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS M/CTE ($ 298.321.569)
N° Pago / N° de informe	*2 - 4 (SEGUNDO DESEMBOLSO) 20%*
Periodo del informe	*01/09/2025-30/09/2025*
N° CDP	*1693 DE 03/06/2025*
N° CRP	*4885 DE 31/07/2025*
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)				
N° de modificación	*Aclaratorio N° 001* *Aclaratorio N° 002*			
Tipo de modificación (Marque con una X)	Adición	*N/A*	Prórroga	*N/A*
	Suspensión	*N/A*	Reinicio	*N/A*
	Cesión	*N/A*		
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 / 46-40-101006916*
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**
Entrega de cronograma de actividades	Documento
Focalización y caracterización de los estudiantes con Necesidades Educativas Especiales y Talentos Excepcionales	Documento Excel
OBLIGACIÓN N° 2: ***(Transcribir la obligación o actividad especifica)***	
Detalle de las actividades realizadas	**Evidencias o Soportes verificados**

Powered by CamScanner

Presentación del proyecto a la comunidad educativa (estudiantes, padres de familia, directivos y docentes)	Actas / fotografías
Entrega de informes que demuestran el cumplimiento del 30% de las actividades del contrato	Informes
RECOMENDACIONES Y/U OBSERVACIONES:	

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°:	**CERTIFICADO**		
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 2 de 4 (Segundo desembolso) que comprende el periodo *01/09/2025* A 30/09/2025.

La presente certificación se expide en el D.T.C. e H. de Santa Marta a los 24 días del mes de noviembre del año 2025.

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA Y DA VISTO BUENO PARA PAGO	**GABRIEL DE JESUS VILLALOBOS GARCIA** **Secretario de Educación Departamental (E)**

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

Powered by CamScanner