CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES DE CONTRATOS POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Contratista:	NILSON ANTONIO SALINAS CHACON			**No. de Cédula**	19872571
No. de Contrato:	878	**De fecha:**	27 DE OCTUBRE DE 2025		
Objeto:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A A GESTION PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS PROCESOS DMINISTRATIVOS Y OPERATIVOS EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS OFICIALES UBICADAS EN EL MUNICIPIO DE MAGANGUÉ				
Entidad:	SECRETARÍA DE EDUCACIÓN				
Dependencia:	ALCALDIA MUNICIPAL DE MAGANGUE				
Líder de Proceso:	**KENDRY LISETH PAREDES VASQUEZ**		Cargo	Secretaria de Educación	
Fecha inicial del periodo certificado:	04 DE DICIEMBRE DE 2025				
Fecha final del periodo certificado:	31 DE DICIEMBRE DE 2025				
Fecha de expedición:	12 DE DICIEMBRE DE 2025				
Se expide la presente certificación a solicitud del Interesado como requisito de gestión de pago					

KENDRY LISETH PAREDES VASQUEZ
Secretaria de Educación, Cultura y Deporte

EL SUSCRITO SECRETARIO DE EDUCACION
DEL MUNICIPIO DE MAGANGUE

CERTIFICA

QUE REPOSA EN ESTA SECRETARIA COPIA DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS

CONTRATO N.º	878/ 2025
CONTRATISTA	NILSON ANTONIO SALINAS CHACON
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A A GESTION PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS PROCESOS DMINISTRATIVOS Y OPERATIVOS EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS OFICIALES UBICADAS EN EL MUNICIPIO DE MAGANGUÉ
CUENTA DE COBRO	X
INFORME DE ACTIVIDADES	**INFORME FINAL**
PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL	X

Se expide en el municipio de Magangué, el 12 DE DICIEMBRE DE 2025

KENDRY LISETH PAREDES VASQUEZ
Secretaria de Educación, Cultura y Deporte

INFORME FINAL DE SUPERVISION

Contrato [X] **Convenio** [ ]

MODALIDAD DE SELECCIÓN	DIRECTA
Nº DE PROCESO DE SELECCIÓN	No. 878/ 2025.
TIPO DE CONTRATO O CONVENIO	Prestación de servicio
FECHA DE INSCRIPCION DEL CONTRATO/CONVENIO	27 DE OCTUBRE DE 2025
OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A A GESTION PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS PROCESOS DMINISTRATIVOS Y OPERATIVOS EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS OFICIALES UBICADAS EN EL MUNICIPIO DE MAGANGUÉ
CONTRATISTA-OPERADOR	NILSON ANTONIO SALINAS CHACON
NIT/CC	C.C. No 19872571
REPRESENTANTE LEGAL	N/A
IDENTIFICACION DEL REPRESENTANTE LEGAL	N/A
VALOR DEL CONTRATO/CONVENIO	DOS MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL PESOS M/CTE (2.847.000) IVA INCLUIDO
FORMA DE PAGO O DESEMBOLSOS	Se cancelarán por mensualidades de **UN MILLÓN CUATROCIENTOS VEINTITRÉS MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE($1.423.500) IVA INCLUIDO**
PLAZO DE EJECUCION	El plazo de ejecución es de 2 MESES, contados a partir de su perfeccionamiento y legalización que corresponde al otorgamiento del registro presupuestal y acta de inicio. En todo caso el plazo de ejecución y sus prorrogas si las hubiere no podrán ser superiores al 31 de diciembre de 2025.
FECHA DE INICIO	11/4/2025

INTERVENTOR	**NOMBRE**	**N/A**
	FECHA DE DESIGNACION DE LA INTERVENTORIA	**N/A**
SUPERVISION	**NOMBRE**	**KENDRY LISETH PAREDES VASQUEZ**
PERIODO DEL INFORME: 04 DE DICIEMBRE DE 2025 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2025		

DATOS FINANCIEROS.

CERTIFICADO(S) DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL – CDP					
Nº	**25000443**	**VALOR**	**720291000**	**FECHA**	**9/29/2025**
REGISTRO(S) PRESUPUESTAL(ES)- RP					
Nº	**25002395**	**VALOR**	**2847000**	**FECHA**	**11/4/2025**

RUBRO(S) PRESUPUESTAL(ES)	**CONTRATACION DE ASEO RURAL A LOS ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS ESTATALES RECURSOS SGP EDUCACION PRESTACION DE SERVICIOS**
AFECTADO(S)	

RELACION DE DOCUMENTOS APORTADOS QUE ACREDITAN PAGOS O APORTES A LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

PERSONA NATURAL Y/ O JURICA:

TIPO DE APORTE	PLANILLA Nº	OPERADOR	PERIODO DEL APORTE
PENSION	ART 61 DE LA LEY 100/93	N/A	N/A
SALUD	1749758863	CAJA COPI	NOVIEMBRE DE 2025
ARL	1749758863	POSITIVA	NOVIEMBRE DE 2025

PERSONA NATURAL:

Que el contratista **(NILSON ANTONIO SALINAS CHACON)** presento el informe de actividades relacionando las (tareas, actividades o bienes) de acuerdo con lo pactado en el contrato (o convenio), las cuales fueron vigiladas por la supervisión, así mismo acredito la certificación de afiliación de los aportes de seguridad social, pensión, Arl, y que existe una correcta relación en estas certificaciones con sus respectivos operadores. El valor cotizado debe corresponder al porcentaje y sobre la base señalada por las normas vigentes sobre la materia

La Supervisión certifica el cumplimiento de las obligaciones del contratista (u operador), por lo que da el visto bueno para realizar el pago correspondiente al periodo comprendido del **04 DE DICIEMBRE DE 2025 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2025,** por valor de **UN MILLÓN CUATROCIENTOS VEINTITRÉS MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE($1.423.500) IVA INCLUIDO**

SI [X]
NO [ ]

No. Item	Actividades / Obligaciones contractuales o del Convenio	Actividades verificadas por la Supervisión
1	Apoyar en la coordinación de estrategias de control de entrada y salida del personal que colabora en la institución, como también el de la población estudiantil.	100%
2	Coadyuvar en el buen uso de los elementos o materiales que son utilizados para la prestación del servicio, además ser responsable con las actividades encomendadas, y mantener buenas relaciones interpersonales con todos los funcionarios que laboran en la institución, colaborando a su vez en cualquier solicitud requerida en el desarrollo de su prestación de servicios	100%
3	Apoyar en la coordinación de estrategias que lleven a la protección y tranquilidad de la restricción de ingreso a la institución de personas extrañas. Cumplir con las normar de Bioseguridad y procedimientos de seguridad integral.	100%
4	Participar en las actividades planificadas por el centro educativo cuando lo solicite	100%

5	Entregar informes mensuales de las actividades presentadas.	100%
6	Y demás funciones que le sean asignados por parte del supervisor.	100%

CERTIFICO que en cumplimiento de mis obligaciones como Supervisor recibí, revisé y aprobé personalmente los documentos que aporto el contratista y/o interventoría (u operador) y que sirvieron como referencia para este Informe; así mismo dejo constancia que se cumplieron los requisitos de ejecución del contrato (o convenio) así:

OBSERVACIONES:

¿Existe algún incumplimiento del contratista con respecto a las actividades del contrato? (SI/NO):

NO

En caso positivo, indique las actividades y plazo del contratista para subsanar el incumplimiento o no conformidad:

N/A

RECOMENDACIONES:

N/A

FIRMA SUPERVISOR
KENDRY LISETH PAREDES VASQUEZ

Libertad y Orden

INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE YATÍ

Con reconocimiento en el Nivel de Educación Preescolar, Básica Primaria, Básica Secundaria y Educación Media Académica, mediante Resolución No. 2549 del16 septiembre de 2021
Registro del DANE No. 213430001811 NIT: 806.013.530-2 COD. ICFES: 057075
TELÉFONO: 3135175465 - email: inseya@yahoo.es
Magangué, Bolívar

EL SUSCRITO RECTOR DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE YATÍ

C E R T I F I C A

Que, **NILSON ANTONIO SALINAS CHACON,** identificado con la C.C # 19.872.571 expedida en Magangué, laboró por "prestación de servicios de apoyo a la gestion para el fortalecimiento de los procesos administrativos y operativos en las instituciones educativas oficiales ubicadas en la zona urbana del municipio de magangue en servicios generales durante la vigencia 2025., en la Sede Principal de la Institución Educativa de Yatí, según contrato **No.878/2025** expedido por la Alcaldía Municipal de Magangué, esta certificación se expide por cumplimiento de mes del 4 diciembre al 31 de diciembre de 2025 y cumplió puntualmente con sus funciones.

Para constancia se firma en Magangué, a los cinco (5) días del mes de diciembre de 2025 -

Lic. **DENNY MANUEL CÁEZ CORREA**
C.C # 9'136.577 de Magangué
RECTOR

Elaboró: Npz

CUENTA DE COBRO FINAL

Alcaldía Municipal de Magangué

NIT. 800.028.432-2

Debe a:

Beneficiario (nombres y apellidos)	**NILSON ANTONIO SALINAS CHACON**
Tipo y número del documento	***C.C. No 19.872.***571 **DE MAGANGUE BOLIVAR**
Lugar de expedición del documento	**MAGANGUE BOLIVAR**
Dirección residencia	**CORREGIMIENTO PUERTO KENNEDY**
Ciudad residencia	**MAGANGUE - BOLIVAR**
Teléfono	
Período a cobrar	**DEL 4/12/2025 AL 31/12/2025**
Concepto del cobro	**CUOTA FINAL DEL CONTRATO N° 878/2025** "PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS Y OPERATIVOS EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS OFICIALES UBICADAS EN LA ZONA URBANA DEL MUNICIPIO DE MAGANGUE EN SERVICIOS GENERALES DURANTE LA VIGENCIA 2025."
Valor a cobrar en ($)	**$1.423.500**
Valor a cobrar en letras	**UN MILLON CUATROCIENTOS VEINTITRES MIL QUINIENTOS PESOS MONEDA LEGAL**
Municipio donde se prestó el servicio	**MAGANGUE BOLIVAR**

FirmaNilson Salinas Ch.

Magangué, 5/12//2025

INFORME FINAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO No. PS-878 DE 2025

ENTIDAD	*ALCALDIA DE MAGANGUE BOLIVAR*
DEPENDENCIA	*SECRETARIA DE EDUCACION*
CONTRATO Nª	*PS-878 DE 2025*
CLASE DE CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS Y OPERATIVOS EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS OFICIALES UBICADAS EN LA ZONA URBANA DEL MUNICIPIO DE MA
NOMBRE CONTRATISTA Y CEDULA	**NILSON ANTONIO SALINAS CHACON** **C.C. No. 19.872.571**
PLAZO CONTRATO	*FECHA INICIO: 04/11/2025 – FECHA FINAL 31/12/2025*
FECHA ENTREGA INFORME	*04/11/2025-03/12/2025* ✓
VALOR TOTAL DEL CONTRATO $ 2.847.000.oo	

CONDICIONES DEL CONTRATO

OBJETO	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS Y OPERATIVOS EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS OFICIALES UBICADAS EN LA ZONA URBANA DEL MUNICIPIO DE MA
OBLIGACIONES SEGÚN LA CLAUSULA SEXTA DEL CONTRATO	*En cumplimiento de este contrato EL CONTRATISTA deberá cumplir con las siguientes obligaciones: En desarrollo del objeto, EL CONTRATISTA se obliga a.* *1. Colaborò con la entidad contratante en lo que sea necesario para el objeto contratado se cumpla y que este sea de la mejor calidad* *2. Acatar las instrucciones que durante el desarrollo del contrato le imparta el contratante, y de manera general obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando las dilataciones o en tratamientos que pudiera presentarse,* *3. Garantizar la calidad de los servicios contratados.* *4. encontrarse al día con los pagos de los soportes de seguridad social, durante la ejecución del contrato salud, pensión ARL).* *5. Presentar mensualmente informe de las actividades realizadas relacionadas con el objeto contractual del supervisor del contrato.*
INFORME DE ACTIVIDADES	***En el Periodo Informado*** *y teniendo en cuenta el cumplimiento del Contrato de Orden de Prestación de Servicio como* ***Celador,*** *realice las siguientes Actividades que se señalan a Continuación:* • *Controle y supervise quién entra y sale de la institución educativa, asegurándose de que solo las personas autorizadas tengan acceso a las instalaciones.* • *Patrulle y vigile los pasillos, patios, áreas de recreo, baños y otras zonas comunes para detectar comportamientos inapropiados, conflictos entre estudiantes o cualquier otra situación que pueda requerir intervención.* • *Estuve atento a cualquier actividad que pueda indicar intentos de robo, vandalismo o daño a la propiedad escolar, y tomar medidas preventivas para evitar estos incidentes.* *Lo anterior con el fin de mantener un entorno educativo seguro, promoviendo un ambiente de aprendizaje positivo y protegiendo el bienestar de todos los miembros de la comunidad escolar.*

Atentamente,

Nilson Salinas Ch.

NILSON ANTONIO SALINAS CHACON
C.C. No. 19.872.571

Magangué, 11 de diciembre de 2025

SEÑORES:

SECRETARIA DE EDUCACION MUNICIPAL DE MAGANGUE

Asunto: Certificación documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social.

Yo, **NILSON ANTONIO SALINAS CHACON,** identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **19.872.571** de Magangué, vinculado actualmente mediante contrato de prestación de servicios No. **878-2025** y en cumplimiento de lo establecido en el Parágrafo 1 del Artículo 4 de Decreto 2271 de 2009, certifico bajo la gravedad de juramento lo siguiente:

• Que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social, corresponden a los ingresos provenientes al Contrato **No. 878-202**.

Se adjunta la planilla de pago No. **1749758863,** correspondiente a los aportes del mes de **NOVIEMBRE** de 2025.

Cordialmente,

Nilson Salinas Ch.

NILSON ANTONIO SALINAS CHACON
CC. No. 19.872.571

DEPARTAMENTO: BOLIVAR

EFECTIVO LTDA
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9620083196
Cliente: DV: 804813
Fecha: 110263 PILA RECAUDO
12/12/2025 14:45:16
PAP:
Identificacion: 058001
Nombre: 19872571
Apellido 1: NILSON
Apellido 2: SALINAS
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO:
Codigo Planilla: 6883461
Periodo Pago: 1749758863
Valor Comision: 2025/11
Valor Iva Comision: 0
Referencia: 19872571 Valor: $185.500,00

Aplice condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presente este recibo: Tel. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
RECIBO PARA PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

CÉDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	19872571
CIAL:	NILSON ANTONIO SALINAS CHACON
MAGANGUE DEPARTAMENTO:	BOLIVAR
CALLE 11 NO. 3 - 17 TELÉFONO:	6883461
02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios
ACIÓN: ÚNICO	
ADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

	1749758863 TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
ON	MES: noviembre PERIODO COTIZACIÓN	MES:	noviembre
AS:	AÑO: 2025 SALUD:	AÑO:	2025

INFORMACIÓN FECHAS DE PAGO

E PAGO	DIAS DE MORA	VALOR DE LA MORA	VALOR POR PAGAR
17	0	$ 0	$ 185.500
18	1	$ 300	$ 185.800
19	2	$ 400	$ 185.900
2025/12/22	5	$ 700	$ 186.200
2025/12/23	6	$ 800	$ 186.300
2025/12/24	7	$ 900	$ 186.400

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
	X															

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9015432118	CCFC55	CCFC55- CAJACOPI EPS S.A.S	1	$ 178.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 178.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 7.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 7.500**

TOTAL POR PAGAR:	**$ 185.500**