INFORMACIÓN GENERAL				
Contrato/Convenio N°	*CS-1704 DE 15 DE JULIO DE 2025*			
Nombre del Contratista	DOTACIONES MB SAS			
N° de identificación	901.780.957-7			
Objeto	"SUMINISTRO DE BONOS CANJEABLES Y RECARGABLES PARA DOTACIÓN DE CALZADO Y VESTIDO DE LABOR CORRESPONDIENTE A LA DOTACION DE LOS DOCENTES QUE TIENEN DERECHO A DICHA PRESTACIÓN DE LOS MUNICIPIOS NO CERTIFICADOS EN EDUCACIÓN EN EL DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA, CORRESPONDIENTE A LA VIGENCIA 2023, 2024 Y 2025."			
Valor inicial	*MIL TRESCIENTOS MILLONES DE PESOS ($ 1.300.000.000)*			
Valor total	*MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y OCHO MILLONES CIENTO SETENTA Y CUATRO MIL CIENTO CINCUENTA Y SIETE PESOS ($ 1.948.174.157)*			
Valor de honorarios periodo	*DOSCIENTOS SESENTA MILLONES PESOS ($ 260.000.000)*			
N° Pago / N° de informe	*No. 4* de No. 7			
Periodo del informe	*13/08/2025 --26/09/2025*			
N° CDP	***N° 366 31/01/2025 /N° 437 06/02/2025***			
N° CRP	***N° 4335 15/07/2025 N° 4336 15/07/2025***			
Plazo inicial	*El plazo de ejecución del contrato será HASTA 31 DE OCTUBRE DE 2025*			
Plazo final	*El plazo de ejecución del contrato será HASTA 31 DE DICIEMBRE DE 2025*			
Fecha del Acta de Inicio	*31 DE JULIO DE 2025*			
A. MODIFICACIONES CONTRACTUALES (si aplica)				
N° de modificación	*01 - 02*			
Tipo de modificación (Marque con una X)	Adición	*X*	Prórroga	*X*
	Suspensión	*N/A*	Reinicio	*N/A*
	Cesión	*N/A*	Forma de pago	*X*
Valor adicionado	*$ 648.174.157*			
CDP de la adición	***N°_2331_ 04/09/2025***			
CRP de la adición	***N°_5897_15/09/2025***			
Tiempo prorrogado	*DOS (2) MESES*			
Tiempo suspendido	*N/A*			
B. POLIZAS (si aplica)				
N° de póliza	85-44-101139416			
Nombre de la aseguradora	Seguros del Estado S.A.			
Fecha de la póliza	18 de julio de 2025 – 17 de septiembre de 2025			
Acto Administrativo de Aprobación	21 de julio de 2025 – 18 de septiembre de 2025			

C. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LAS ACTIVIDADES RECIBIDAS	
OBLIGACIÓN N° 1: *(Transcribir la obligación o actividad específica)*	
Detalle de las actividades realizadas	**Evidencias o Soportes verificados**

GESTIÓN CONTRACTUAL

CERTIFICACIÓN PARA PAGO POR PARTE DEL SUPERVISOR

Gobernación del MAGDALENA

Magdalena

Se recibió por parte del contratista el 100% de los bonos canjeables por medio de tarjetas plastificadas de la dotación de calzado y vestido para los docentes adscritos a la secretaria de Educación Departamental del Magdalena el día 22 de septiembre de 2025 según listados oficiales entregados lo cual corresponde a 378 tarjetas redimibles para un total de tarjetas redimibles de 813	378 tarjetas Bonos Canjeables debidamente marcadas Oficio con Listado de beneficiarios de las 321 tarjetas

OBLIGACIÓN Nº 2:
(Transcribir la obligación o actividad especifica)

Detalle de las actividades realizadas	Evidencias o Soportes verificados

RECOMENDACIONES Y/U OBSERVACIONES:
(Aquí de deben realizar un detalle de lo observado y concerniente a la supervisión del contrato por parte del supervisor, dando fe que se ha cumplido con lo estipulado en el informe de actividades, además de todos los sucesos acontecidos en el desarrollo del contrato)

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" / N/A en el resto de casillas

PLANILLA N°:	CERTIFICACIÓN		
CONCEPTO DE PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD	*N/A*	*N/A*	*N/A*
PENSION	*N/A*	*N/A*	*N/A*
ARL	*N/A*	*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 4 que comprende el periodo *13/08/2025 a 26/09/2025*

La presente certificación se expide en el D.T.C. e H. de Santa Marta a los 20 días del mes de noviembre del año 2025.

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA Y DA VISTO BUENO PARA PAGO	*Firma del Supervisor* **GABRIEL DE JESUS VILLALOBOS GARCÍA** **SECRETARIA DE EDUCACION (E)**

Revisado: Margareth Mercado Pérez – P.E Administrativa y Financiera