	ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DEL MAGDALENA	
	EJECUCIÓN CONTRACTUAL	Página 1 de 4
	INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN	

FORMATO DE INFORME DE ACTIVIDADES DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS			
A. INFORMACIÓN GENERAL			
N° PAGO/N° DE INFORME:	01 de 2		
CONTRATO N°:	7597169		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	FUNDACIÓN PARA EL DESARROLLO DE PROYECTOS PRODUCTIVOS SOCIALES Y AMBIENTALES		
N° DE IDENTIFICACIÓN:	900866709-4		
OBJETO DEL CONTRATO:	SUMINISTRO DE ELEMENTOS DE PAPELERÍA, OFICINA E IMPLEMENTOS DE ASEO Y CAFETERÍA DE LA ASAMBLEA DEL DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA.		
VALOR PARCIAL DEL CONTRATO:	VEINTE MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS SETENTA Y DOS PESOS M/CTE. (\$20.787.572,00)		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	TREINTA Y NUEVE MILLONES DE PESOS M/CTE (\$39.000.000,00)		
N° CDP:	32 del 17 de Febrero de 2025		
N° CRP:	51 del 4 de Marzo de 2025		
PLAZO DEL CONTRATO	9 meses		
FECHA DEL ACTA DE INICIO	10 de Marzo de 2025		
N° PAGO	1		
B. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO			
1	Se realizó la primera entrega parcial de los suministros de elementos de papelería, oficina e implementos de aseo y papelería solicitado por la asamblea Departamental del Magdalena y este acto, tiene como fecha el 18 de Marzo de 2025.		
2	Se verificó la entrega de los productos y se constata que los productos se encuentran en perfecto estado de conservación y sin daños, conforme a la revisión realizada por ambas partes antes de la entrega.		
3	La cantidad y calidad de los suministros entregados coinciden con lo acordado en el contrato de suministro previamente firmado entre ambas partes.		
4	Una vez se realiza la entrega de los de los suministros de elementos de papelería, oficina e implementos de aseo y papelería, El Supervisor asume la responsabilidad sobre el uso, cuidado y almacenamiento adecuado de los productos entregados.		
5	Se realizó una entrega parcial de acuerdo a los requerimientos realizados por EL Supervisor.		
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL	9482424497		
A. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DEL PAGO	VALOR PAGADO
Salud	COSALUD Y NUEVA EPS	2025/02/28	\$2,492,000
Pensión	PROTECCION, COLPENSIONES Y PORVENIR	2025/02/28	\$2,733,600
Riesgos Laborales	POSITIVA	2025/02/28	\$208,600
B. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA			
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Que, a la fecha, he cumplido con las actividades establecidas en el contrato.</li> <li>2. Que los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato, serán descontados por la Corporación.</li> <li>3. Que lo correspondiente a pago por Seguridad Social, está debida y legalmente pagados por el valor que exige la Ley, pago del cual anexo copia simple</li> </ol>			

C. ANEXOS

Soportes de Actividades desarrolladas en el periodo

ANEXO ACTIVIDAD 1



ANEXO ACTIVIDAD 2



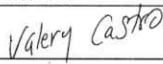

ANEXO ACTIVIDAD 3




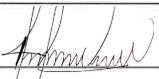


ANEXO ACTIVIDAD 4	
	
<b>FIRMA REPRESENTANTE LEGAL</b>	
<b>No. Identificación</b>	1.082.864.900

D. DECLARACIONES DEL SUPERVISOR			
ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1.	El contrato se encuentra debidamente legalizado	X	
2.	Los impuestos que debe cancelar el contratista para la legalización del mencionado contrato serán descontados por la corporación.	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.	X	

Teniendo en cuenta lo anterior, en mi calidad de supervisor doy visto bueno para el respectivo pago 2 de 5 correspondiente a los días ejecutados desde la fecha de inicio del contrato del enero. La presente certificación se expide en el D.T.C. e H. de Santa Marta, en el mes de Febrero.

<b>FIRMA DE QUIEN DECLARA:</b>	 Firma del Contratista
<b>FIRMA DEL JEFE DE LA DEPENDENCIA EN LA QUE EL CONTRATISTA PRESTA SU SERVICIO</b>	_____ Firma del Presidente
<b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA Y DA VISTO BUENO PARA PAGO</b>	 Firma del Supervisor

	ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DEL MAGDALENA	
	EJECUCIÓN CONTRACTUAL	
	INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN	
		Página 4 de 4

REVISADO POR:	
FECHA:	
VERIFICADO POR:	
FECHA:	28-03-2025.