MUNICIPIO DE SAN JERONIMO	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: 03	Total de pagos: 15	Fecha: 08 de abril de 2026

ACTO ADMINISTRATIVO

Fecha de suscripción:	29 de enero de 2026	OPS:	
Fecha de Inicio:	30 de enero de 2026	Contrato interadministrativo:	X
Fecha de terminación:	29 de enero de 2026	Resolución:	
Duración:	Ocho (08) meses contados a partir del acta de inicio	Factura:	
Número:	109	Convenio:	
Periodo a pagar:	Desde el 20 de marzo hasta el 20 de marzo de 2026		
N° CDP:	162	Fecha del CDP:	16 de enero de 2026
N° RP:	0135	Fecha del RP:	29 de enero de 2026
Objeto Contractual:	Prestación de servicios de apoyo a la gestión, operativos, logisticos, artísticos y culturales, para la realización de eventos culturales , educativos y ludico recreativos durante la vigencia 2026 en el Municipio de San Jerónimo.		
Requiere Informe Actividades:	SI: X NO: _____	Suspensión No:	

ACTO ADMINISTRATIVO (Adicion)

Adición:	SI: NO:	Tiempo ampliación del plazo:	
Numero de Adicion		Fecha de terminación:	
N° CDP:		Fecha del CDP:	
N° RP:		Fecha del RP:	
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 Medellín 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:	
		Persona Jurídica: X	
Actividad IICA- Código CIIU:		Anexa Certificación del Revisor	SI: X NO:

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

Valor Inicial del contrato:	$	354.034.600,00	Primer Pago	$ 177.017.300,00	Segundo Pago $ 5.120.500,00
Adición No. 01					
Adición No. 02			Tercer pago		Cuarto pago
Valor pagado:	$	182.137.800,00			
Valor solicitado:	$	833.266,00	Quinto Pago		Sexto Pago
Saldo:	$	171.063.534,00			
			Séptimo Pago		Octavo Pago
Porcentaje de Ejecucion Presupuestal			Noveno Pago		Decimo Pago
69%					
Porcentaje de Ejecucion de Adicion			decimo Primero Pago		Decimo segundo Pago
			Decimo Tercero pago		Decimo Cuarto pago
			Decimo Quinto pago		Decimo sexto pago
			Decimo Septimo pago		Decimo Octavo pago
			Decimo Noveno Pago		Vigesimo Pago

PÓLIZAS

	No.	Valor Asegurado	Vigencia	Amparos	Cia de Seguros
A - Cumplimiento	21-44101491417 - 21-40101269771	$ 35'403.460,00	29/01/2026 - 31/01/2027		Seguros del estado
B - Anticipo	21-44101491417 - 21-40101269771	$ 177'017.300,00	29/01/2026 - 31/01/2027		Seguros del estado
C - Prestaciones Sociales					
D - Estabilidad de la Obra					
E - Responsabilidad Civil Extracontractual	21-44101491417 - 21-40101269771	$ 35'403.460,00	29/01/2026 - 31/01/2027		Seguros del estado
F - Salarios, Prestaciones Sociales					
G - Calidad del Servicio o Equipos	21-44101491417 - 21-40101269771	$ 350,181.000,00	29/01/2026 - 30/09/2026		Seguros del estado

PÓLIZAS (Adicion)

	No.	Valor Asegurado	Vigencia	Amparos	Cia de Seguros
A - Cumplimiento					
B - Anticipo					
C - Prestaciones Sociales					
D - Estabilidad de la Obra					
E - Responsabilidad Civil Extracontractual					
F - Salarios, Prestaciones Sociales					
G - Calidad del Servicio o Equipos					

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 Dependencias	SI: X NO: N/A	El contratista presentó Cuenta de	SI: X NO: N/A