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: 05	**Total de pagos: 15**		**Fecha: 09 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 06 de marzo hasta el 06 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

			Primer Pago	**Segundo Pago**
Valor inicial del contrato:	**$**	**354.034.600,00**	$ 177.017.300,00	$ 5.120.500,00
Adición No. 01				
Adición No. 02			**Tercer pago**	**Cuarto pago**
Valor pagado:	**$**	**188.091.566,00**	$ 833.266,00	$ 5.120.500,00
Valor solicitado:	**$**	**8.180.000,00**	**Quinto Pago**	**Sexto Pago**
Saldo:	**$**	**157.763.034,00**		
			Séptimo Pago	**Octavo Pago**
Porcentaje de Ejecucion Presupuestal			**Noveno Pago**	**Decimo Pago**
72%				
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 Parafiscales	**SI: X NO: N/A**	**El contratista presentó Cuenta de**	**SI: X NO: N/A**