A. INFORMACIÓN GENERAL				
Contrato/Convenio N°	N°. PS-0841-2026			
Nombre del Contratista	SERVICIOS INTEGRADOS NP S.A.S			
N° de identificación	NIT. 900.330.248-1			
Objeto	PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ASEO Y OTROS ASOCIADOS A ESTE, EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE LOS MUNICIPIOS NO CERTIFICADOS DEL DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA, VIGENCIA 2026. EN EL MARCO DEL PROYECTO APOYO A LA GESTIÓN PÚBLICA EFECTIVA EN EL SECTOR EDUCATIVO DEL DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA			
Valor inicial	$ 13.193.987.376,00 M/CTE. I.V.A. incluido			
Valor total	$ 13.193.987.376,00 M/CTE. I.V.A. incluido			
Valor de honorarios periodo	$ 173.354.345,00			
N° Pago / N° de informe	N° 1			
Periodo del informe	29/05/2026 – 31/05/2026			
N° CDP	N°710- 12/02/2026			
N° CRP	N°3389-22/05/2026			
Plazo inicial	EL PLAZO ESTIMADO PARA LA EJECUCIÓN DEL PRESENTE CONTRATO SERÁ CIENTO OCHENTA (180) DÍAS O HASTA EL AGOTAMIENTO DE LOS RECURSOS DISPONIBLES, CONTADOS A PARTIR DE LA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO, PREVIO EL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN DISPUESTOS EN EL ARTÍCULO 41 DE LA LEY 80 DE 1993.			
Plazo final	EL PLAZO ESTIMADO PARA LA EJECUCIÓN DEL PRESENTE CONTRATO SERÁ CIENTO OCHENTA (180) DÍAS O HASTA EL AGOTAMIENTO DE LOS RECURSOS DISPONIBLES, CONTADOS A PARTIR DE LA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO, PREVIO EL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN DISPUESTOS EN EL ARTÍCULO 41 DE LA LEY 80 DE 1993.			
Fecha del Acta de Inicio	29 DE MAYO DE 2026			
B. MODIFICACIONES CONTRACTUALES (si aplica)				
N° de modificación	N/A			
Tipo de modificación (Marque con una X)	Adición	N/A	Prórroga	N/A
	Suspensión	N/A	Reinicio	N/A
	Cesión	N/A		N/A
Valor adicionado	N/A			
CDP de la adición	N/A			
CRP de la adición	N/A			
Tiempo prorrogado	N/A			
Tiempo suspendido	N/A			
C. POLIZAS (si aplica)				
N° de póliza	POLIZA DE RESP. CIVIL: 100034731 100034731 POLIZA DE CUMPLIMIENTO: BQ-100119739			
Nombre de la aseguradora	SEGUROS MUNDIAL			
Fecha de la póliza	POLIZA DE RESP. CIVIL: 26/05/2026 POLIZA DE CUMPLIMIENTO: 26/05/2026			
Acto Administrativo de Aprobación	POLIZA DE RESP. CIVIL: 26/05/2026 POLIZA DE CUMPLIMIENTO: 26/05/2026			

D. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LAS ACTIVIDADES RECIBIDAS	
OBLIGACIÓN N° 1: *(Transcribir la obligación o actividad especifica)*	
Detalle de las actividades realizadas	**Evidencias o Soportes verificados**
VISITAS DIARIAS EJECUTADAS POR LOS SUPERVISORES PARA LA REVISIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DE LOS CONSERJES Y AUXILIARES DE SERVICIOS GENERALES EN LOS COLEGIOS DE LOS MUNICIPIOS DEL MAGDALENA EN EL MES MAYO	INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES. 
REUNIÓN EN LA OFICINA DE SERVICIOS INTEGRADOS- ZONA MAGDALENA PARA REALIZAR LA SOCIALIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES Y RECORRIDOS A EJECUTAR EN LOS COLEGIOS DE DIFERENTES MUNICIPIOS DE DEL MAGDALENA EN EL MES DE MAYO.	ACTA DE REUNIÓN 
• FUNCIONES: LABORES DE ACCESO, PREVENCIÓN Y CUIDADO DE ESPACIOS ABIERTOS Y CERRADOS, ASIMISMO, DE BIENES MUEBLES E INMUEBLES. • TRABAJO EN EQUIPO. • MANEJO DE HERRAMIENTAS Y EQUIPOS	REGISTRO DE ASISTENCIA. 

OBLIGACIÓN N° 2: *(Transcribir la obligación o actividad especifica)*	
Detalle de las actividades realizadas	**Evidencias o Soportes verificados**

RECOMENDACIONES Y/U OBSERVACIONES:

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

PLANILLA N°:	No.9505936571- CERTIFICADO		
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 supervisora doy visto bueno para el respectivo pago correspondiente al informe No. 1 que comprende el periodo de 29/05/2026 A 31/05/2026.

La presente certificación se expide en el D.T.C. e H. de Santa Marta a los 16 días del mes julio de 2026.

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA Y DA VISTO BUENO PARA PAGO	**BETTY CECILIA HORTA MIRANDA** **SUPERVISORA** **SECRETARIA DE EDUCACIÓN DEPARTAMENTAL** C.C 26.668.402 DE SANTA MARTA

Revisó: Margareth Mercado-Área administrativa y Financiera SEDMAG (Se verificó el pago de seguridad social y certificaciones de Rectores).