A. INFORMACIÓN GENERAL				
Contrato/Convenio N°	*PS-1506 DE 19 DE JUNIO DE 2025*			
Nombre del Contratista	*ROSA ANGELICA MAIGUEL CARRASQUILLA.*			
N° de identificación	*1.082.976.815*			
Objeto	*PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS PARA SECRETARIA DE EDUCACION EN EL AREA DE DESPACHO.*			
Valor inicial	*VEINTIDOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE ($22.500.000.00)*			
Valor total	*VEINTIDOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE ($22.500.000.00)*			
Valor de honorarios periodo	*CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS (4.500.000) M/CTE*			
N° Pago / N° de informe	*4 de 5*			
Periodo del informe	*Desde el 15 de Septiembre 2025 hasta 17 de Octubre 2025*			
N° CDP	*1200 DEL 25 DE ABRIL DE 2025*			
N° CRP	*3688 DEL 19 DE JUNIO DE 2025*			
Plazo inicial	*El Plazo de ejecución del contrato será CINCO (5) MESES, sin exceder el 31 de diciembre de 2025, contado a partir de la fecha de suscripción del acta de inicio por las partes, previo cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución del Contrato.*			
Plazo final	*El Plazo de ejecución del contrato será CINCO (5) MESES, sin exceder el 31 de diciembre de 2025, contado a partir de la fecha de suscripción del acta de inicio por las partes, previo cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución del Contrato.*			
Fecha del Acta de Inicio	*19 DE JUNIO DE 2025*			
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	*N/A*			
Nombre de la aseguradora	*N/A*			
Fecha de la póliza	*N/A*			
Acto Administrativo de Aprobación	*N/A*			

D. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LAS ACTIVIDADES RECIBIDAS
OBLIGACIÓN N° 1:

Scanned with CamScanner

Acompañar el proceso de gestión documental del Despacho de la Secretaria de Educación del Magdalena	
Detalle de las actividades realizadas	**Evidencias o Soportes verificados**
Supervisó el cumplimiento de la tabla de retención documental.	https://drive.google.com/drive/u/1/folders/1EB1v47Cs49FmA8ANZ4ujOR-ITJRbrECn
OBLIGACIÓN N° 2: **Responder y hacer seguimiento a requerimientos internos y externos en los sistemas de gestión ciudadana.**	
Detalle de las actividades realizadas	**Evidencias o Soportes verificados**
Atendió y respondió los seguimientos a los requerimientos asignados mediante el SAC y demás plataformas.	https://drive.google.com/drive/u/1/folders/1EB1v47Cs49FmA8ANZ4ujOR-ITJRbrECn
OBLIGACIÓN N° 3: **Revisar y validar los documentos soporte presentados en las cuentas de cobro del personal contratistas, verificando el cumplimiento de los requisitos legales, contractuales y administrativos exigidos para su trámite.**	
Detalle de las actividades realizadas	**Evidencias o Soportes verificados**
Analizó y revisó los documentos presentados por cada contratista, garantizando que cumplan con los formatos establecidos y con los criterios definidos por la entidad.	https://drive.google.com/drive/u/1/folders/1EB1v47Cs49FmA8ANZ4ujOR-ITJRbrECn
OBLIGACIÓN N° 4: **Las demás asignadas por el supervisor del contrato.**	
Detalle de las actividades realizadas	**Evidencias o Soportes verificados**
Realizó grabación, edición y optimización de	https://drive.google.com/drive/u/1/folders/1EB1v47Cs49FmA8ANZ4ujOR-ITJRbrECn

Scanned with CamScanner

materiales audiovisuales para su publicación en plataformas digitales.	
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 *Diligenciar la información según la verificación de la(s) planilla(s) aportada(s), en el primer pago, colocar "CERTIFICACIÓN" y N/A en el resto de casillas*			
PLANILLA N°:	**7990043951**		
CONCEPTO DE PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD	NUEVA EPS	07/10/2025	**$225.200**
PENSION	PORVENIR	07/10/2025	**$288.200**
ARL	POSITIVA	07/10/2025	**$9.500**

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 *15*/09/2025 A 17/10/2025.

La presente certificación se expide en el D.T.C. e H. de Santa Marta a los 17 días del mes de Octubre del año 2025.

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA Y DA VISTO BUENO PARA PAGO	**YESID GONZÁLEZ PERDOMO** **SECRETARIO DE EDUCACIÓN DEPARTAMENTAL**

Scanned with CamScanner