

	FORMATO: ACLARATORIA ACTA DE INICIO		 CO18/8511 66	
				FECHA: 29 de Julio de 2021
	PROCEDIMIENTO: SUPERVISION			CÓDIGO: AGABS-CP-11-PR-08-FR-01 VERSIÓN: 5

Que, por error de digitación en la plataforma SECOP II, se registró de manera incorrecta la fecha de terminación del contrato como 25 de diciembre de 2025. Sin embargo, la fecha correcta de finalización es 26 de diciembre de 2025, conforme se encuentra establecido en el acta de inicio.

Que, el artículo 45 de la Ley 1437 de 2011, el cual establece („) "Corrección de errores formales. En cualquier tiempo de oficio o a petición de parte, se podrán corregir los errores simplemente formales contenidos en los actos administrativos, ya sea arítméticos, de digitación, de transcripción o de omisión de palabras. En ningún caso la corrección dará lugar a cambios en el sentido material de la decisión, ni revivirá los términos legales para demandar el acto. Realizada la corrección, esta deberá ser notificada o comunicada a todos los interesados, según corresponda.

Contrato /Convenio Número	307	DE	25 de noviembre de 2025
Número de CDP:	470	DE	19 de noviembre de 2025
Número de CRP:	759	DE	25 de noviembre de 2025
Número de POLIZA:	FECHA APROBACIÓN PÓLIZA		

CONTRACTUAL

"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL ÁREA DE CONTRATACIÓN DE LA CORPORACIÓN CDA "

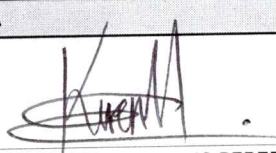
CONTRATISTA			
Nombre y/o razón social:	KAREN STEFANY MOLLANO PEREZ		
No. Documento de Identidad	1.121.718.610 de Inirida		
Representante Legal:	N.A	Documento de Identidad del Representante Legal N°:	N.A

VALOR	
Valor en números:	\$ 3.100.000
Valor en letras:	TRES MILLONES CIENTO MIL DE PESOS M/CTE

PLAZO					
UN (1) MES					
FECHA DE INICIO	27	DE	NOVIEMBRE	DE	2025
FECHA DE TERMINACIÓN	26	DE	DICIEMBRE	DE	2025

Notificación del-a supervisor-a y la dependencia a la que pertenece)	
Nombre:	OSCAR ARNULFO LOZANO RAMOS
Documento de Identidad	86.081.715 de Villavicencio.
Cargo:	Secretario General
Dependencia a la que pertenece:	Secretaria General.

Para constancia de lo anterior se firma la presente Acta por los intervinientes:

CONTRATISTA	SUPERVISOR / INTERVENTOR DE CONTRATO
FIRMA 	FIRMA 
NOMBRE: KAREN STEFANY MOLLANO PEREZ	NOMBRE: OSCAR ARNULFO LOZANO RAMOS

APOYO A LA SUPERVISIÓN DE CONTRATO (En caso de aplicar)

FIRMA
NOMBRE:
C.C.:
CARGO O No. DE CONTRATO:

En caso de requerirse la modificación de las garantías, el contratista deberá realizar los ajustes exigidos y allegar el documento original a la Oficina de Cont