| A. INFORMACIÓN GENERAL | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Contrato/Convenio N°** | PS-1201 del 28 de mayo de 2025 | | | |
| **Nombre del Contratista** | *JORGE ELIECER CAMPO OROZCO* | | | |
| **N° de identificación** | 1.082.847.716 de Santa Marta | | | |
| **Objeto** | PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN EL ACOMPAÑAMIENTO O DE ACTIVIDADES ASIGNADAS EN EL ÁREA HISTORIAS LABORALES EN LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEL DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA. | | | |
| **Valor inicial** | DIECIOCHO MILLONES DE PESOS M/CTE ($18.000.000) | | | |
| **Valor total** | VEINTI UN MILLONES DE PESOS M/CTE ($21.000.000) | | | |
| **Valor de honorarios periodo** | TRES MILLONES DE PESOS M/CTE ($3.000.000) | | | |
| **N° Pago / N° de informe** | 6 DE 7 | | | |
| **Periodo del informe** | Del 29/10/2025 al 28/11/2025 | | | |
| **N° CDP** | No.1200 de 25 abril de 2025 – No.2400 de 23 de septiembre de 2025 | | | |
| **N° CRP** | No. 3073 de 29 mayo de 2025 –No. 6734 de 17 octubre de 2025 | | | |
| **Plazo inicial** | El Plazo de ejecución del contrato será de **SEIS (06) 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 de **SIETE (07) 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** | 29 de mayo de 2025. | | | |
| **B. MODIFICACIONES CONTRACTUALES (si aplica)** | | | | |
| **N° de modificación** | *N° 001* | | | |
| **Tipo de modificación (Marque con una X)** | Adición | X | Prórroga | X |
| | Suspensión | N/A | Reinicio | N/A |
| | Cesión | N/A | | |
| **Valor adicionado** | TRES MILLONES DE PESOS M/CTE ($3.000.000) | | | |
| **CDP de la adición** | No.2400 de *23/09/2025* | | | |
| **CRP de la adición** | No. 6734 *17/10/2025* | | | |
| **Tiempo prorrogado** | 30 días | | | |
| **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:** |
| ***Apoyar técnicamente el proceso de gestión documental de las historias laborales, la respuesta a requerimientos de docentes y administrativos, así como realizar las*** |
| ***operaciones técnicas de organización documental en el archivo de historias laborales de*** |

| operaciones técnicas de organización documental en el archivo de historias laborales de la SED. | |
|---|---|
| **Detalle de las actividades realizadas** | **Evidencias o Soportes verificados** |
| **El contratista** Apoyo técnicamente el proceso de gestión documental de las historias laborales, la respuesta a requerimientos de Docentes administrativos, así como realizar las operaciones técnicas de organización documental en el archivo de historias laborales de la SED.<br>- **Registro de formatos de valoración documental. Ingreso de documentación al archivo y actualización de registros físicos.** | DRIVE: JORGE CAMPO / Obligación No. 1:<br>▪ **Producto No.1:**<br>**Link:**<br>**https://acortar.link/jALMIM** |
| | |

**RECOMENDACIONES Y/U OBSERVACIONES:**

| ITEM | VERIFICACION DE REQUISITOS | 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°:** | **4627914349** | | |
| **CONCEPTO DE PAGO** | **ENTIDAD** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** |
| **SALUD** | SANITAS | 25/11/2025 | *180.100* |
| **PENSION** | PORVENIR | 25/11/2025 | 230.400 |
| **ARL** | POSITIVA | 25/11/2025 | 35.100 |

Teniendo en cuenta lo anterior, en mi calidad de supervisor doy visto bueno para el respectivo pago correspondiente al informe No 06 que comprende el periodo 29/10/2025 A 28/11/2025.

La presente certificación se expide en el D.T.C. e H. de Santa Marta el primero (01) del mes de diciembre del año 2025.

| | |
|---|---|
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA Y DA VISTO BUENO PARA PAGO** | **GABRIEL DE JESUS VILLALOBOS GARCIA**<br>**1.082.884.149**<br>**Secretario de Educación Del Magdalena (E)** |