A. INFORMACIÓN GENERAL	
Contrato/Convenio N°	PS-0279 DE 26 DE ENERO DE 2026
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	DIECINUEVE MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($19.200.000.00)
Valor total	DIECINUEVE MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($19.200.000.00)
Valor de honorarios periodo	CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS (4.800.000) M/CTE
N° Pago / N° de informe	1 de 4
Periodo del informe	Desde el 27 de Enero de 2026 hasta 27 de Febrero de 2026
N° CDP	88 DEL 06 DE ENERO DE 2026
N° CRP	614 DEL 27 DE ENERO DE 2026
Plazo inicial	El Plazo de ejecución del contrato será CUATRO (4) MESES, sin exceder el 31 de diciembre de 2026, 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 CUATRO (4) MESES, sin exceder el 31 de diciembre de 2026, 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	27 DE ENERO 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	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: ***Garantizar la integridad, seguridad y trazabilidad de la información del Despacho, mediante la administración eficiente del archivo y la proyección de comunicaciones institucionales que aseguren una respuesta oportuna y organizada a los procesos internos y externos.***	
Detalle de las actividades realizadas	**Evidencias o Soportes verificados**
Supervisó el cumplimiento de la tabla de retención documental.	https://drive.google.com/drive/folders/1IVO6ACYSLdECjWLmLq2Gq_XZFTetTB2I
Atendió y respondió los seguimientos a	

Scanned with CamScanner

los requerimientos asignados mediante el SAC y demás plataformas.	https://drive.google.com/drive/folders/1IVO6ACYSLdECjWLmLq2Gq_XZFTetTB2I
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/folders/1IVO6ACYSLdECjWLmLq2Gq_XZFTetTB2I
Realizó grabación, edición y optimización de materiales audiovisuales para su publicación en plataformas digitales.	https://drive.google.com/drive/folders/1IVO6ACYSLdECjWLmLq2Gq_XZFTetTB2I
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°:	N/A		
CONCEPTO DE PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD	NUEVA EPS	N/A	N/A
PENSION	PORVENIR	N/A	N/A
ARL	SURA	N/A	N/A

Teniendo en cuenta lo anterior, en mi calidad de supervisor doy visto bueno para el respectivo pago correspondiente al informe No.1 que comprende el periodo 27/01/2026 A 27/02/2026.

La presente certificación se expide en el D.T.C. e H. de Santa Marta a los 27 días del mes de Febrero del año 2026.

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA Y DA VISTO BUENO PARA PAGO	**ADRIANA TRUJILLO ARIAS** **SECRETARIA DE EDUCACIÓN DEPARTAMENTAL**

Scanned with CamScanner