| A. INFORMACIÓN GENERAL | |
|---|---|
| **Contrato/Convenio N°** | N°. PS-0279-2026 DEL 26 ENERO DEL 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 LA SECRETARIA DE EDUCACION EN EL AREA DE DESPACHO.* |
| **Valor inicial** | **DIECINUEVE MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($19.200.000)** |
| **Valor total** | **DIECINUEVE MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($19.200.000)** |
| **Valor de honorarios periodo** | CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS M/CTE. ($4.800.000) |
| **N° Pago / N° de informe** | *2 DE 4* |
| **Periodo del informe** | *27 DE FEBRERO DEL 2026 –27 DE MARZO DEL 2026* |
| **N° CDP** | *88 - DEL 6 DE ENERO DEL 2026* |
| **N° CRP** | *614 DE 27 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 DEL 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* | | |
| **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:**

***as demás que el supervisor del contrato le asigne, en la medida que se presenten necesidades, que eran de la asesoría por parte del contratista de acuerdo a su perfil profesional, para el cumplimiento del objeto contractual)***

| **alle de las tividades alizadas** | **Evidencias o Soportes verificados** |
|---|---|
| visó el miento de la | **Nombre** PRODUCTO 1<br>**Fecha:** 25/03/2026 |



Scanned with CamScanner

| | |
|---|---|
| de retención mental. | **Ubicación:** https://drive.google.com/drive/folders/1oWYWAnrYtAXTUXb5QTysY6-87PARuxQd |
| ió y respondió eguimientos a requerimientos edos mediante AC y demás ormas. | **Nombre** PRODUCTO 2<br>**Fecha:** 25/03/2026<br>**Ubicación:** https://drive.google.com/drive/folders/1oWYWAnrYtAXTUXb5QTysY6-87PARuxQd |
| ó y revisó los hentos tados por contratista, tizando que an con los tos ecidos y con criterios los por la d. | **Nombre** PRODUCTO 3<br>**Fecha:** 25/03/2026<br>**Ubicación:** https://drive.google.com/drive/folders/1oWYWAnrYtAXTUXb5QTysY6-87PARuxQd |
| ó grabación, n y zación de ales risuales para ublicación en ormas es. | **Nombre** PRODUCTO 4<br>**Fecha:** 25/03/2026<br>**Ubicación:** https://drive.google.com/drive/folders/1oWYWAnrYtAXTUXb5QTysY6-87PARuxQd |

| ITEM | VERIFICACION DE REQUISITOS<br>*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<br>*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°:** | *4647512743 - 6013425981* | | |
| **CONCEPTO DE PAGO** | **ENTIDAD** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** |
| **SALUD** | NUEVA EPS | 16/03/2026- 30/03/206 | $241.700 -24.900 |
| **PENSION** | PORVENIR | 16/03/2026- 30/03/206 | $309.400 -31.900 |
| **ARL** | SURA | 16/03/2026- 30/03/206 | $10.200 -1.200 |

Teniendo en cuenta lo anterior, en mi calidad de supervisor doy visto bueno para el respectivo pago correspondiente al informe No 02 que comprende el periodo 27/02/2026 A 27/03/2026.



Scanned with CamScanner

| | |
|---|---|
| La presente certificación se expide en el D.T.C. e H. de Santa Marta a los 27 días del mes de MARZO del año 2026. | |
| FIRMA DE QUIEN CONVALIDA Y DA VISTO BUENO PARA PAGO | ADRIANA TRUJILLO ARIAS<br>SECRETARIA DE EDUCACION DEPARTAMENTAL |



Scanned with CamScanner