Corporación para el Desarrollo Sostenible del Norte y el Oriente Amazónico	FORMATO: ACTA DE INICIO	SIGI - CDA	
		FECHA:	02 de Febrero de 2026
	PROCEDIMIENTO:SUPERVISIÓN E INTERVENTORIA	CODIGO:	AGABS-CP-10-PR-08-FR-01
		VERSIÓN:	6

En Inírida, a los ocho (8) días del mes de Septiembre de 2026, se reunieron: La contratista BEYANIRA QUIROGA RUBIO con Identificacion Cc. No 1121709816 de Inirida y el supervisor JUAN PABLO CHEQUEMARCA PEDROZA con identificacion C.C 19.001.615 de Inirida del contrato Prestacion de Servicios Profesionales No 238 del 07 de Septiembre de 2026, con el fin de dar inicio a partir de la fecha

Contrato /Convenio Número	238		**DE**	07/septiembre/2026	
Número de CDP:	408		**DE**	02/septiembre/2026	
Número de CRP:	612		**DE**	07/septiembre/2026	
Número de POLIZA:	N/A	X	**FECHA APROBACIÓN PÓLIZA**		N/A

OBJETO CONTRACTUAL

PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN (OAP) EN EL SEGUIMIENTO, RECOPILACIÓN, REVISIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE INFORMACIÓN RELACIONADA CON LA GESTIÓN DE LOS TRÁMITES AMBIENTALES DE LA CORPORACIÓN CDA.

CONTRATISTA

Nombre y/o razón social:	BEYANIRA QUIROGA RUBIO		
Nº Documento de Identidad	1.121.709.816 de INIRIDA / GUAINIA		
Representante Legal:	N/A	Documento de Identidad del Representante Legal Nº:	N/A

VALOR

Valor en números:	$13,500,000
Valor en letras:	TRECE MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE

PLAZO

TRES (3) MESES

FECHA DE INICIO	8	DE	9	DE	2026
FECHA DE TERMINACIÓN	7	DE	12	DE	2026

SUPERVISOR-A Y/O INTERVENTOR-A (Escriba la identificación del-a supervisor-a y la dependencia a la que pertenece)

Nombre:	JUAN PABLO CHEQUEMARCA PEDROZA
Documento de Identidad	19.001.615 de Inirida
Cargo:	Jefe de la Oficina Asesora de Planeación
Dependencia a la que pertenece:	Oficina Asesora de Planeación

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

CONTRATISTA	SUPERVISOR / INTERVENTOR DE CONTRATO
FIRMA Beyanira Quiroga R. NOMBRE: BEYANIRA QUIROGA RUBIO	FIRMA NOMBRE: JUAN PABLO CHEQUEMARCA

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

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

NOTA: 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 Contratación.