ACTA PARCIAL Y/O FINAL

1. DESCRIPCION GENERAL					
CLASE DE ACTA:	FINAL: _____ PARCIAL: ___X___ No.:___3_____				
CONTRATO DE: X ___ CONVENIO DE:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES	Nº:	1024	AÑO:	2021

CONTRATANTE:	DEPARTAMENTO DEL HUILA – SECRETARIA DE SALUD			
CONTRATISTA O CONVINIENTE:	NOMBRE O RAZON SOCIAL:	ARMANDO OSORIO QUINTERO		
	NIT O CC:	C.C. 7.687.611 Neiva - Huila		
	DIRECCIÒN:	Calle 21 sur número 21-91	TEL:	320 275 60 08
	CIUDAD:	Neiva - Huila		
	REPRESENTANTE LEGAL:			
	CC:			
OBJETO:	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO A LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL PARA EL SEGUIMIENTO PRESUPUESTAL Y FINANCIERO A LA RED PÚBLICA DE SALUD EN LA ZONA 2 Y 4 DEL DEPARTAMENTO.			
REGISTRO PRESUPUESTAL:	No. 4,697 FECHA (dd/mm/aa): 13/09/2021			
CUENTA BANCARIA	No. 45732706881 Banco : Banco de Colombia Tipo de Cuenta: Ahorros			
VALOR INICIAL (CONTRATISTA):	$15.400.000			
	Valor en Letras: QUINCE MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS M/CTE.			
APORTANTE O CONVINIENTE: (Efectivo – Especie):				
	$			
	Valor en Letras:			
	$			
	Valor en Letras:			
VALOR ADICIONAL	Nº1	$		
	Nº2	$		
	Nº3	$		
VALOR TOTAL	$15.400.000 QUINCE MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS M/CTE.			
PLAZO INICIAL: (dd/mm/aa)	TRES (3) MESES VEINTE (20) DIAS CONTADOS A PARTIR DE LA SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO SIN EXCEDER EL 30 DE DICIEMBRE 2021			
PLAZO ADICIONAL:	Nº1			

Escaneado con CamScanner

(dd/mm/aa)	Nº2		
	Nº3		
FECHA DE INICIO: (dd/mm/aa)	13/09/2021		
FECHA DE SUSPENSIÒN Y REINICIACIÒN: (dd/mm/aa)	Nº1	SUSPENSIÒN	
		REINICIACIÒN	
	Nº2	SUSPENSIÒN	
		REINICIACIÒN	
	Nº3	SUSPENSIÒN	
		REINICIACIÒN	
	Nº4	SUSPENSIÒN	
		REINICIACIÒN	
FECHA DE TERMINACIÒN: (dd/mm/aa)	30 DE DICIEMBRE DE 2021		
FECHA DE LA PRESENTE ACTA: (dd/mm/aa)	13 DE DICIEMBRE DE 2021		
PERIODO QUE COMPRENDE LA PRESENTE ACTA: (dd/mm/aa)	DEL 13 DE NOVIEMBRE DE 2021 AL 12 DE DICIEMBRE DE 2021		
PRESENTES HOY:	NOMBRE:	EDUARDO GARCIA CHACON	
	EN CALIDAD DE:	SUPERVISOR	
	NOMBRE:	ARMANDO OSORIO QUINTERO	
	EN CALIDAD DE:	CONTRATISTA	
	NOMBRE:	CESAR ALBERTO POLANIA SILVA	
	EN CALIDAD DE:	SECRETARIO O DIRECTOR DE DESPACHO	

2. ACTAS

DESCRIPCIÒN	FECHA	VALOR ACTA	VALOR DEL (CONTRATO O CONVENIO)	SALDO
1. ACTA PARCIAL N° 01	13/10/2021	$4.200.000	$15.400.000	$11.200.000
2. ACTA PARCIAL N° 02	16/11/2021	$4.200.000	$15.400.000	$7.000.000
3. ACTA PARCIAL N° 03	13/12/2021	$4.200.000	$15.400.000	$2.800.000
TOTAL		$12.600.000	$15.400.000	$2.800.000

Escaneado con CamScanner

3. CUMPLIMIENTO (PAGOS A SALUD, PENSIÒN, RIESGOS Y PARAFISCALES)

Que el señor **ARMANDO OSORIO QUINTERO** en calidad de contratista, se encuentra al día en el pago de los aportes en salud, pensión y ARL, según planilla No. 9428190969 del mes de Diciembre, con los siguientes valores:

Ingreso Base de Cotización (40%)	Tipo de Aportes		Valor
$2.208.000.oo	Salud	12,5%	$276.000
	Pensión	16 %	$353.300
	ARL	2.436%	$53.800

CERTIFICACION DEL REVISOR FISCAL:	Fecha de elaboración (dd/mm/aa) : Quien suscribe: _____

4. RECIBO A SATISFACCIÒN (POR PARTE DE LA INTERVENTORIA O SUPERVISIÒN)

1. El contrato arriba descrito se viene desarrollando de conformidad con lo pactado en el mismo, en el cual se efectuaron las actividades objeto del contrato.
2. Que en ejecución del contrato se autorizan los siguientes pagos: Informe parcial No. 3 por $4.200.000
3. La secretaría de Salud Como ordenador del gasto suscribe la presente acta con base en el informe de actividades presentado por el contratista y el supervisor y quien a su vez encuentra y recibe a satisfacción la actividad presentada.
4. Que las partes contratantes se encuentran cumpliendo con lo pactado, por lo que de común acuerdo imparten la aprobación a la presente acta parcial.

CESAR ALBERTO POLANIA SILVA
SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL

ARMANDO OSORIO QUINTERO
CONTRATISTA

EDUARDO GARCIA CHACON
SUPERVISOR

Escaneado con CamScanner