	FORMATO DE ACTA DE PAGO PARCIAL	Código	
		Versión	
		Fecha	

GRADO DE RESPONSABILIDAD					
Mediante la suscripción de la presente acta el supervisor asume plena responsabilidad por la veracidad de la información en ella contenida.					
ACTA No.	01	**FECHA ELABORACIÒN (DD/MM/AA)**		08/02/2023	

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO					
CÓDIGO CONTRATO	**FECHA CELEBRACIÒN (DD/MM/AA)**	**RESERVA**		**COMPROMISO**	
		NÚMERO	**FECHA**	**NÚMERO**	**FECHA**
CPSA-SS-027-2023	3/02/2023	16	4/01/2023	161	3/02/2023

OBJETO DEL CONTRATO
PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN DE ADULTOS INSTITUCIONALIZADOS EN EL CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO AMPARO LA MERCED, A TRAVÉS DE LA TRANSFERENCIA DE LOS RECURSOS DE LA ESTAMPILLA PRO ADULTO MAYOR

CONTRATISTA	**NIT**
CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO AMPARO LA MERCED	890.980.719-1
REPRESENTANTE LEGAL	**C.C.**
PBRO. CARLOS IGNACIO CÁRDENAS MONTOYA	70 558 328 de Envigado
SUPERVISOR	**CARGO**
ALEJANDRA MARIA ARANGO ALVAREZ	SECRETARIA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

PLAZO DE EJECUCIÓN						
PLAZO INICIAL DE EJECUCIÒN	**MESES**	**DÍAS**	**Fecha**	3/02/2023	a	31/12/2023
	11	0				
Acta de suspension	N/A		**Fecha Celebración**	N/A		
Acta de reinicio	N/A		**Fecha Celebración**	N/A		
NUEVA FECHA DE TERMINACIÒN	**MESES**	**DÍAS**	**Periodo**	N/A		N/A
	N/A					
Prórroga 1	**MESES**	**DÍAS**	**Fecha**	N/A	a	N/A
PLAZO FINAL DE EJECUCIÒN	**MESES**	**DÍAS**	**Fecha**	3/02/2023	a	31/12/2023
	11	0				

VALOR DEL CONTRATO					
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$**				**504,000,000**
Otrosi 001	**RESERVA**		**COMPROMISO**		**FECHA DE CELEBRACIÓN**
	NÚMERO	**FECHA**	**NÚMERO**	**FECHA**	
	N/A	N/A	N/A	N/A	
	VALOR ADICIONADO				
VALOR FINAL DEL CONTRATO	**$**				**504,000,000**

PERIODO A CANCELAR	Febrero 2023
VALOR A CANCELAR	$ 137,454,546

RELACIÓN DE ACTAS	**ACTA DE PAGO #**	**FECHA DE ACTA**	**VALOR FACTURADO**
	Acta 01	8/02/2023	$ 137,454,546
	TOTAL ACTAS		**$ 137,454,546**

SALDO EN CAJA	$	366,545,454

CONSIDERANDO:

1 Que el contratista presenta factura para el cobro de sus honorarios de acuerdo a lo indicado por el contrato CPSA-SS-027-2023 en lo referente a la forma de pago.

2 Que el supervisor del contrato CPSA-SS-027-2023 da fe que las actividades efectuadas como parte de las obligaciones contempladas en el contrato ya citado fueron recibidas a entera satisfacción.

3 Que para el pago de los respectivos dineros y al momento de la presentación de la factura el contratista hizo entrega de lo siguientes documentos:

a) Cuenta de cobro FE CBAY5 y con fecha de expedición del 06/02/2023
b) Pago de seguridad social correspondiente al mes de febrero 2023 Salud y otros riesgos Enero 2023.
c) Informe de actividades

Para constancia de lo anterior se firma la presente acta el día 08/02/2023.

ALEJANDRA MARIA ARANGO ALVAREZ
Secretaria De Salud Y Bienestar Social
Supervisor

Firma: Karen Ochoa	**Firma:**	**Firma:**
Proyectó: Karen Johana Ochoa Gil	Revisó: Alejandra María Arango Alvarez	Aprobó: Alejandra María Arango Alvarez
Cargo: Auxiliar Administrativa	Cargo: Secretaria de Salud y Bienestar S.	Cargo: Secretaria de Salud y Bienestar S.

Quienes firman manifiestan haber constatado la legalidad del documento y la fidelidad de la información que en el se plasma y, consecuente con ello, dan traslado para firma del documento por parte de las partes involucradas.