ACTA PARCIAL Y/O FINAL

1. DESCRIPCION GENERAL					
CLASE DE ACTA:	FINAL: _____ PARCIAL: ___X___ No.:___5_____				
CONTRATO DE: X ___ CONVENIO DE:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES	Nº:	250	AÑO:	2024

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 A LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL PARA EL APOYO Y SEGUIMIENTO PRESUPUESTAL Y FINANCIERO A LA RED PÚBLICA DE SALUD EN LA ZONA 2 Y 4 DEL DEPARTAMENTO.			
REGISTRO PRESUPUESTAL:	No. 1.049 FECHA (dd/mm/aa): 20/02/2024			
CUENTA BANCARIA	No. 45732706881 Banco : Banco de Colombia Tipo de Cuenta: Ahorros			
VALOR INICIAL (CONTRATISTA):	$28.800.000			
	Valor en Letras: VEINTIOCHO MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS M/CTE.			
APORTANTE O CONVINIENTE: (Efectivo – Especie):				
	$			
	Valor en Letras:			
	$			
	Valor en Letras:			
VALOR ADICIONAL	Nº1	$		
	Nº2	$		
	Nº3	$		
VALOR TOTAL	$28.800.000 VEINTIOCHO MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS M/CTE.			
PLAZO INICIAL: (dd/mm/aa)	SEIS (6) MESES CONTADOS A PARTIR DE LA SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO SIN EXCEDER EL 30 DE DICIEMBRE 2024			
PLAZO ADICIONAL:	Nº1			

Powered by CamScanner

(dd/mm/aa)	Nº2		
	Nº3		
PLAZO TOTAL	SEIS (6) MESES CONTADOS A PARTIR DE LA SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO SIN EXCEDER EL 30 DE DICIEMBRE 2024		
FECHA DE INICIO: (dd/mm/aa)	20/02/2024		
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)	19 DE AGOSTO DE 2024		
FECHA DE LA PRESENTE ACTA: (dd/mm/aa)	04 DE JULIO DE 2024		
PERIODO QUE COMPRENDE LA PRESENTE ACTA: (dd/mm/aa)	DEL 01 DE JUNIO DE 2024 AL 30 DE JUNIO DE 2024		
PRESENTES HOY:	NOMBRE:	AQUILEO PARRA CUELLAR	
	EN CALIDAD DE:	SUPERVISOR	
	NOMBRE:	ARMANDO OSORIO QUINTERO	
	EN CALIDAD DE:	CONTRATISTA	
	NOMBRE:	SERGIO MAURICIO ZUÑIGA RAMIREZ	
	EN CALIDAD DE:	SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL	

2. ACTAS

DESCRIPCIÒN	FECHA	VALOR ACTA	VALOR DEL (CONTRATO O CONVENIO)	SALDO
1. ACTA PARCIAL N° 01	06/03/2024	$1.655.172	$28.800.000	$27.144.828
2. ACTA PARCIAL N° 02	05/04/2024	$4.800.000	$28.800.000	$22.344.828
3. ACTA PARCIAL N° 03	07/05/2024	$4.800.000	$28.800.000	$17.544.828
4. ACTA PARCIAL N° 04	05/06/2024	$4.800.000	$28.800.000	$12.744.828
5. ACTA PARCIAL N° 05	04/07/2024	$4.800.000	$28.800.000	$7.944.828
TOTAL		$20.855.172	$28.800.000	$7.944.828

Powered by 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. 9468481812 del mes de Junio de 2024, 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.5 por $4.800.000
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. 01 de junio al 30 de junio de 2024
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.
5. CUMPLIMIENTO ARTICULO 50 DE LA LEY 789 DE 2002 : El contratista presenta certificación de cumplimento de los pagos al sistema de seguridad social en salud, pensiones, riesgos profesionales, lo cual fue debidamente verificado por el supervisor designado en cuanto los términos de ejecución y los porcentajes a pagar

SERGIO MAURICIO ZUÑIGA RAMIREZ
SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL

ARMANDO OSORIO QUINTERO
CONTRATISTA

AQUILEO PARRA CUELLAR
SUPERVISOR

Powered by CamScanner