GOBERNACIÓN DEL HUILA	SISTEMA DE GESTIÓN: MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN - MIPG	SC4353-1 Código: SHA-C038-P714-F3
Fecha Aprobación: 05 Julio del 2023	CUENTA DE COBRO PARA TRAMITE DE PAGO	Versión: 1 Página 1 de 1

CUENTA DE COBRO No. 04

EL DEPARTAMENTO DEL HUILA
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
NIT: 800.103.913-4

DEBE A:

CHRISTIAN DANIEL VARGAS CIFUENTES
C.C. 1.075.265.811 de Neiva (H)

EL VALOR DE: $4.800.000,oo

VALOR EN LETRAS: CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS M/CTE

POR CONCEPTO DE: 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 1 Y 4 DEL DEPARTAMENTO, DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 22 DE ABRIL AL 21 DE MAYO DE 2025, SEGÚN CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES NO. 107 DE 2025.

Neiva, 22 de mayo de 2025

CHRISTIAN DANIEL VARGAS CIFUENTES
C.C. 1.075.265.811 de Neiva (H)
Email: cdanielvargas92@gmail.com
Celular: 3114956650

	Elaboró	Revisó	Aprobó
Firma			
Nombre			
Cargo			

Scanned with CamScanner

ACTA PARCIAL Y/O FINAL

1. DESCRIPCION GENERAL					
CLASE DE ACTA:	FINAL: _____ PARCIAL: __X____ No.:__04__				
_X__ CONTRATO DE: ___ CONVENIO DE:	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES	Nº:	107	AÑO:	2025

CONTRATANTE:	DEPARTAMENTO DEL HUILA – SECRETARIA DE SALUD			
CONTRATISTA O CONVINIENTE:	NOMBRE O RAZON SOCIAL:	CHRISTIAN DANIEL VARGAS CIFUENTES		
	NIT O CC:	1.075.265.811 de Neiva (H)		
	DIRECCIÒN:	Cra 31 # 51- 60 Torre 5 Apto 504	TEL:	3114956650
	CIUDAD:	Neiva (H)		
	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 1 Y 4 DEL DEPARTAMENTO			
REGISTRO PRESUPUESTAL:	No.191 FECHA (21/01/2025):			
CUENTA BANCARIA	No. 488400097314 Banco. Davivienda Tipo de Cuenta: Ahorros			
VALOR INICIAL:	$28.800.000,00			
	Valor en Letras: Veintiocho Millones Ochocientos Mil Pesos M/Cte,			
APORTANTE O CONVINIENTE:	$			
	Valor en Letras:			
VALOR ADICIONAL	Nº1	$		
VALOR TOTAL	$28.800.000,00			
PLAZO INICIAL:	SEIS (6) MESES CALENDARIOS A PARTIR DE LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO SIN EXCEDER AL 30 DE DICIEMBRE DE 2025			
PLAZO ADICIONAL:	Nº1	_____ (Días / Meses)		
PLAZO TOTAL:	SEIS (6) MESES CALENDARIOS A PARTIR DE LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO SIN EXCEDER AL 30 DE DICIEMBRE DE 2025			
FECHA DE INICIO:	22/01/2025			

	ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Firma			
Nombre			
Cargo			

Scanned with CamScanner

(dd/mm/aa)			
FECHA DE SUSPENSIÒN Y REINICIACIÒN: (dd/mm/aa)	Nº1	SUSPENSIÒN	DD___MM___AÑO____
		REINICIACIÒN	DD___MM___AÑO____
FECHA DE TERMINACIÒN: (dd/mm/aa)	21/08/2025		
FECHA DE LA PRESENTE ACTA: (dd/mm/aa)	22/05/2025		
PERIODO QUE COMPRENDE LA PRESENTE ACTA: (dd/mm/aa)	DEL 22 DE ABRIL DE 2025 AL 21 DE MAYO DE 2025		
PRESENTES HOY:	NOMBRE:	DAGOBERTO GONZALEZ TRUJILLO	
	EN CALIDAD DE:	SUPERVISOR	
	NOMBRE:	CHRISTIAN DANIEL VARGAS CIFUENTES	
	EN CALIDAD DE:	CONTRATISTA	
	NOMBRE:	CESAR GERMAN ROA TRUJILLO	
	EN CALIDAD DE:	SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL	

2. ACTAS

DESCRIPCIÒN	FECHA	VALOR ACTA	VALOR DEL (CONTRATO O CONVENIO)	SALDO
VALOR DE CONTRATO	22/01/2025		$28.800.000	$28.800.000
1. ACTA PARCIAL 01	20/03/2025	$4.800.000		$24.000.000
2. ACTA PARCIAL 02	25/03/2025	$4.800.000		$19.200.000
3. ACTA PARCIAL 03	25/04/2025	$4.800.000		$14.400.000
4. ACTA PARCIAL 04	22/05/2025	$4.800.000		$9.600.000
TOTAL		$19.200.000	$28.800.000	$9.600.000

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

Que el señor CHRISTIAN DANIEL VARGAS CIFUENTES en calidad de contratista, se encuentra al día en el pago de los aportes en salud, pensión y ARL, según planilla No. 33219437 del mes de ABRIL, con los siguientes valores:

Ingreso Base de Cotización (40%)	Tipo de Aportes		Valor
$1.920.000,00	Salud	12,5%	$240.000
	Pensión	16%	$307.200
	ARL	0,522%	$46.800

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

Scanned with CamScanner

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

1. Que el contrato antes descrito se viene desarrollando de conformidad con lo pactado en el mismo.
2. Que en ejecución del contrato o convenio se autorizan los siguientes pagos: Pago Parcial No. 04 por Valor de $4.800.000,00
3. El secretario de Salud, como ordenador del gasto, suscribe la presente acta, con base en el informe de actividades presentadas por el contratista y el supervisor, y quien a su vez encuentra y recibe a satisfacción las actividades presentadas, por el periodo comprendido entre el 22 de abril al 21 de mayo de 2025.
4. Que las partes contratantes cumplen con lo pactado, por lo que de común acuerdo imparten la aprobación a la presente acta parcial.
5. CUMPLIMIENTO ARTICULO 50 LEY 789 DE 2002: El contratista presenta Certificación de cumplimiento de los pagos al Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensiones, Riesgos Profesionales, lo cual fue debidamente verificado por el supervisor designado en cuanto a los términos de ejecución y los porcentajes a pagar.

CESAR GERMAN ROA TRUJILLO
Secretario de Salud Departamental

CHRISTIAN DANIEL VARGAS CIFUENTES
Contratista

DAGOBERTO GONZALEZ TRUJILLO
Supervisor

Scanned with CamScanner