



REPÚBLICA DE COLOMBIA  
DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA  
MUNICIPIO DE HELICONIA  
Nit. 890982494-7

**ACTA DE PAGO PARCIAL CONTRATO  
ACTA NUMERO 001**

Fecha 01 de octubre 2025

|                                  |                            |
|----------------------------------|----------------------------|
| <b>CONTRATISTA:</b>              | JULIANA AGUDELO ECHAVARRIA |
| <b>NUMERO DE IDENTIFICACION:</b> | CC 1047972826              |
| <b>ENTIDAD BANCARIA:</b>         | BANCO DAVIVIENDA           |
| <b>TIPO DE CUENTA:</b>           | AHORROS                    |
| <b>NUMERO DE CUENTA</b>          | 0550488454282747           |
| <b>CONTRATO No</b>               | 1000-10-01-104-2025        |
| <b>FECHA DE CONTRATO</b>         | 1 DE SEPTIEMBRE DE 2025    |

|  |  |
|--|--|
| <b>PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES</b> | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS PROCESOS DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA Y VIGILANCIA BASADA EN COMUNIDAD, EN EL ÁREA RURAL Y URBANA DEL MUNICIPIO DE HELICONIA  |
| <b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</b>              | DOCE MILLONES DE PESOS ML (\$12.000.000)   |
| <b>VALOR IVA</b>                             | N/A  |
| <b>VALOR TOTAL</b>                           | DOCE MILLONES DE PESOS ML (\$12.000.000)   |
| <b>FORMA DE PAGO</b>                         | EL VALOR DEL PRESENTE CONTRATO ES DE HASTA DOCE MILLONES DE PESOS ML (\$12.000.000) POR CONCEPTO DE HONORARIOS; LOS CUALES SERÁN CANCELADOS ASÍ: PAGOS PARCIALES DE TRES MILLONES DE PESOS M.L (\$3.000.000), PREVIA PRESENTACIÓN DE LA CUENTA DE COBRO O FACTURA, DE ACUERDO CON LOS SERVICIOS PRESTADOS DE CONFORMIDAD CON LOS REQUERIMIENTOS DEL MUNICIPIO DE HELICONIA, ANTIOQUIA, PREVIO VISTO BUENO DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO. |

|                        |  |
|------------------------|--|
| <b>PLAZO INICIAL</b>   | DESDE LA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO EN SECOP II, HASTA EL 29 DE DICIEMBRE DE 2025. |
| <b>FECHA DE INICIO</b> | 1 DE SEPTIEMBRE DE 2025  |



**REPÚBLICA DE COLOMBIA**  
**DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA**  
**MUNICIPIO DE HELICONIA**  
Nit. 890982494-7

|                                 |                                     |
|---------------------------------|-------------------------------------|
| <b>FECHA DE SUSPENSION</b>      | N/A                                 |
| <b>FECHA DE REINICIO</b>        | N/A                                 |
| <b>ACTA DE ADICION</b>          | N/A                                 |
| <b>VALOR ADICION</b>            | N/A                                 |
| <b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</b> | \$12.000.000 Doce millones de pesos |

El cumplimiento a la ley 80 de 1.993, ley 1150 de 2.007, ley 1474 de 2011 y demas Decretos reglamentarios asi como el decreto de delegacion para la contratacion, al manual de contratacion e interventoria y demas normas que los aclaren y los modifiquen, los cuales hacen referencia a la responsabilidad del ordenador del gasto, los delegados para contratar, los interventores y supervisores en el ejercicio de sus funciones y con base en el contrato que se encuentra plenamente legalizado, enunciado en el encabezado de este documento y la forma de pago estipulado en el mismo; autorizo el pago del acta correspondiente, de acuerdo al informe de interventoria presentado, el cual reposa en la carpeta del contrato con todos los soportes de ley exigidos.

Ratifico la revisión y verificación de los documentos soportes del contratista con respeto a los requerimientos de seguridad social integral establecidos por la ley, encontrandose al dia en sus pagos para lo cual se aplico la base de liquidacion establecida en la ley.

|  |    |   |                                     |    |    |
|--|----|---|-------------------------------------|----|----|
| <b>Obligado a presentar Seguridad Social</b> | Si |   | Diligencie el cuadro                |    |    |
|  | No | x | Omita el cuadro                     |    |    |
| <b>PERSONA NATURAL PRESENTO</b>              |    |   | <b>PERSONA JURIDICA PRESENTO</b>    | SI | NO |
| Planilla numero                              |    |   | Certificado de Representante legal  |    |    |
| Periodo de cotizacion                        |    |   | Certificado de Revisor Fiscal       |    |    |
| Fecha de pago                                |    |   | Periodo de cotizacion<br>Septiembre |    |    |
| Valor base cotizacion                        |    |   |                                     |    |    |
| Salud  |    |   |                                     |    |    |
| Pension                                      |    |   |                                     |    |    |
| ARL tipo de riesgo                           | 1  |   |                                     |    |    |
| CCF 04                                       | 2% |   |                                     |    |    |
| Intereses Mora                               |    | 0 |                                     |    |    |

Asi mismo certifico que se recibio a entera satisfaccion los servicios prestados por el contratista en cumplimiento del objeto del contrato.

**VALOR A PAGAR**

| DESCRIPCION |                              | VALOR        |
|-------------|------------------------------|--------------|
| 1           | Valor cuota pactada contrato | \$ 3.000.000 |
| 2           | Glosa (+) (-)                | N/A          |
| 3           | Subtotal (1+2)               | \$ 3.000.000 |
| 4           | IVA                          | N/A          |



REPÚBLICA DE COLOMBIA  
DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA  
MUNICIPIO DE HELICONIA  
Nit. 890982494-7

|   |  |              |
|---|--|--------------|
| 5 | Valor total cuota (2+7)                                | \$ 3.000.000 |
| 6 | Menos valor amortizacion anticipo<br>=(3)*%de anticipo | N/A          |
| 7 | Valor a pagar del acta (1/4)                           | \$ 3.000.000 |

Beneficiario del pago. ( diligenciar solo si tiene endoso)

| ENDOSOS                  | Beneficiario Pago (1) | Beneficiario Pago (2) |
|--------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Nombre                   |                       |                       |
| Numero de Identificacion |                       |                       |
| Entidad Bancaria         |                       |                       |
| Tipo de Cuenta           |                       |                       |
| Numero de Cuenta         |                       |                       |
| Valor a Pagar            |                       |                       |

Nota: cuando el beneficiario no sea el contratista en la carpeta del contrato debe responder el poder o el endoso autentico.

El valor a pagar descrito en la presente acta se ejecutara presupuestalmente de la siguiente forma.

| Certificado de disponibilidad presupuestal | Fecha de certificado | Registro de disponibilidad presupuestal | Fecha de registro | Rubro presupuestal | Valor a ejecutar |
|--|----------------------|---|-------------------|--------------------|------------------|
| 00419                                      | 28/07/2025           | 00403                                   | 01/09/2025        | 2.3.2.02.02.009    | \$ 3.000.000     |

Para constancia firman:

  
**JULIETH CRISTINA PUERTA YEPES**  
Secretaria de Salud y Bienestar Social  
Supervisor