ACTA PARCIAL Y/O FINAL

1. DESCRIPCION GENERAL					
CLASE DE ACTA:	FINAL: _____ PARCIAL: _X____ No.:_1				
X_ CONTRATO DE: ___ CONVENIO DE:	CONTRATO INTERADMINISTRATIVO	Nº:	1005	AÑO:	2025

CONTRATANTE:	DEPARTAMENTO DEL HUILA - SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL			
CONTRATISTA O CONVINIENTE:	NOMBRE O RAZON SOCIAL:	ESE HOSPITAL MARIA AUXILIADORA		
	NIT O CC:	891.103.968-1		
	DIRECCIÒN:	CALLE 2A #6-16	TEL:	3133471440
	CIUDAD:	IQUIRA		
	REPRESENTANTE LEGAL:	DIANA MARCELA OROZCO MEÑACA		
	CC:	1077845504		
OBJETO:	PRESTAR LOS SERVICIOS EN LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC DE CONCURRENCIA EN EL MUNICIPIO DE IQUIRA DEL DEPARTAMENTO DEL HUILA			
REGISTRO PRESUPUESTAL:	4.327 del 17 julio del 2025			
CUENTA BANCARIA	No. 534-717965-45 Bancolombia Tipo de Cuenta: Ahorros			
VALOR INICIAL (CONTRATISTA):	$ 70.353.924 SETENTA MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS VEINTICUATRO PESOS M/CTE			
APORTANTE O CONVINIENTE: (Efectivo – Especie):	$0 Valor en Letras: $0 Valor en Letras:			
VALOR ADICIONAL	Nº 1	$0		
	Nº 2	$0		
	Nº 3	$0		
VALOR TOTAL	$ 70.353.924			

PLAZO INICIAL:	CINCO (5) MESES CONTADOS A PARTIR DE LA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO, SIN EXCEDER EL 30 DE DICIEMBRE DE 2025.		
PLAZO ADICIONAL:	**Nº 1**	___0___ (Días / Meses)	
	Nº 2	___0___ (Días / Meses)	
	Nº 3	___0___ (Días / Meses)	
PLAZO TOTAL:	CINCO (5) MESES CONTADOS A PARTIR DE LA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO, SIN EXCEDER EL 30 DE DICIEMBRE DE 2025.		
FECHA DE INICIO: (dd/mm/aa)	**01 AGOSTO 2025**		
FECHA DE SUSPENSIÒN Y REINICIACIÒN: (dd/mm/aa)	**Nº 1**	**SUSPENSIÒN**	DD___MM___AÑO____
		REINICIACIÒN	DD___MM___AÑO____
	Nº 2	**SUSPENSIÒN**	DD___MM___AÑO____
		REINICIACIÒN	DD___MM___AÑO____
FECHA DE TERMINACIÒN: (dd/mm/aa)	**30 DICIEMBRE 2025**		
FECHA DE LA PRESENTE ACTA: (dd/mm/aa)	**12-12-2025**		
PERIODO QUE COMPRENDE LA PRESENTE ACTA: (dd/mm/aa)	**DESDE 01 DE AGOSTO 2025 HASTA EL 6 DE NOVIEMBRE DE 2025**		
PRESENTES HOY:	NOMBRE:	**CARLOS ANDRES MONTALVO ARCE**	
	EN CALIDAD DE:	SUPERVISOR	
	NOMBRE:	**DIANA MARCELA OROZCO MEÑACA**	
	EN CALIDAD DE:	REPRESENTANTE LEGAL DE LA ESE HOSPITAL MARIA AUXILIADORA-IQUIRA	
	NOMBRE:	**CÉSAR GERMÁN ROA TRUJILLO**	
	EN CALIDAD DE:	SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL	

2. ACTAS

DESCRIPCIÒN	FECHA	VALOR ACTA	VALOR DEL (CONTRATO O CONVENIO)	SALDO
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	01/08/2025		$ 70.353.924,00	$ 70.353.924,00
1. PAGO ANTICIPADO	24/09/2025	$21.106.177,00		$49.247.747,00
2. PARCIAL No 1	12/12/2025	$39.885.607,56		$9.362.139,44
3.				
4.				
5.				
TOTAL		$60.991.784,56	$ 70.353.924,00	$9.362.139,44

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

Que el contratista acredito al cumplimiento de pago de aportes al sistema integral de seguridad social así: E.S.E Hospital Maria Auxiliadora de Iquira en calidad de contratista, se encuentra al día en el pago de los aportes en salud, pensión, ARL y aporte parafiscales (SENA, ICBF, caja de compensación familiar) del personal de planta de los últimos (6) meses del 2025. El certificado está firmado el día 21 de noviembre del 2025 por la gerente Diana Marcela Orozco Meñaca y el contador Esauc Bonilla Liévano.

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

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

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: **Pago parcial No 1** por **($39.885.607,56) Treinta y nueve millones ochocientos ochenta y cinco mil seis cientos siete pesos con cincuenta y seis centavos**
3. La secretaria de salud, como ordenador del gasto, suscribe el presente acto, con base en el informe de actividades presentado 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 **01 de agosto 2025 al 6 de Noviembre de 2025.**
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 DEL ARTICULO 50 DE LA LEY 789 DEL 2002: el contratista presenta certificación de cumplimiento de los pagos al sistema de seguridad social en salud, pensiones, riesgos pensionales, lo cual fue debidamente verificado por el supervisor designado en cuanto a los términos de ejecución y los porcentajes a pagar.

CÉSAR GERMÁN ROA TRUJILLO
SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL

DIANA MARCELA OROZCO MEÑACA
REPRESENTANTE LEGAL

CARLOS ANDRES MONTALVO ARCE
SUPERVISOR

Reviso contenido jurídico:
Lenin López Audor

Documento original firmado y controlado por calidad			
	ELABORÓ	**REVISÓ**	**APROBÓ**
Firma			
Nombre	Gustavo Andres Borda Alarcon/ Camilo Andres Bonelo Guahuña	Alba Lucia Medina Rubio	Alba Lucia Medina Rubio
Cargo	Profesional de apoyo	Líder del proceso	Líder del proceso