ACTA PARCIAL Y/O FINAL

1. DESCRIPCION GENERAL					
CLASE DE ACTA:	FINAL: _____ PARCIAL: _X_____ No:4				
___ CONTRATO DE: ___ CONVENIO DE:	COLABORACIÓN	Nº:	65	AÑO	2025

CONTRATANTE:	DEPARTAMENTO DEL HUILA – SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL			
CONTRATISTA O CONVINIENTE:	NOMBRE O RAZON SOCIAL:	UNIÓN TEMPORAL CORAZÓN DE JESÚS		
	NIT O CC:	901.998.920-2		
	DIRECCIÒN:	CALLE 8 # 6-17	TEL:	317 5730749
	CIUDAD:	NEIVA		
	REPRESENTANTE LEGAL:	MAYRA ALEJANDRA ZAMBRANO FIERRO		
	CC:	1.075.231.161		
OBJETO:	AUNAR ESFUERZOS Y RECURSOS INSTITUCIONALES PARA GARANTIZAR LA ATENCIÓN INTEGRAL A LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR Y VULNERABLE ALBERGADA EN EL HOGAR "SAN MATÍAS", UBICADO EN EL MUNICIPIO DE NEIVA			
REGISTRO PRESUPUESTAL:	No. 6979 de 2025 FECHA (17/10/2025):			
CUENTA BANCARIA	No. 076000923748 Banco. DAVIVIENDA Tipo de Cuenta: AHORROS			
VALOR INICIAL (CONTRATISTA):	$633.360.000			
	Valor en Letras: SEISCIENTOS TREINTA Y TRES MILLONES TRESCIENTOS SESENTA MIL PESOS MDA/CTE.			
APORTANTE O CONVINIENTE: (Efectivo – Especie):	$ N.A			
	Valor en Letras: N.A			
	$ N.A.			
	Valor en Letras: N.A.			
	$ N.A.			
	Valor en Letras: N.A.			
VALOR ADICIONAL	Nº1	N.A.		
	Nº2	N.A		
	Nº3	N.A		
VALOR TOTAL	$633.360.000 SEISCIENTOS TREINTA Y TRES MILLONES TRESCIENTOS SESENTA MIL PESOS			
PLAZO INICIAL:	CUATRO (04) MESES CONTADOS A PARTIR DEL ACTA DE INICIO.			

PLAZO ADICIONAL:	Nº1	N.A.	
	Nº2	N.A.	
	Nº3	N.A.	
PLAZO TOTAL:	CUATRO (04) MESES CONTADOS A PARTIR DEL ACTA DE INICIO.		
FECHA DE INICIO: (dd/mm/aa)	DD 20 MM 10 AÑO 2025		
FECHA DE SUSPENSIÒN Y REINICIACIÒN: (dd/mm/aa)	Nº1	SUSPENSIÒN	DD___MM___AÑO____
		REINICIACIÒN	DD___MM___AÑO____
	Nº2	SUSPENSIÒN	DD___MM___AÑO____
		REINICIACIÒN	DD___MM___AÑO____
	Nº3	SUSPENSIÒN	DD___MM___AÑO____
		REINICIACIÒN	DD___MM___AÑO____
	Nº4	SUSPENSIÒN	DD___MM___AÑO____
		REINICIACIÒN	DD___MM___AÑO____
FECHA DE TERMINACIÒN: (dd/mm/aa)	19/02/2026.		
FECHA DE LA PRESENTE ACTA: (dd/mm/aa)	02/02/2026.		
PERIODO QUE COMPRENDE LA PRESENTE ACTA: (dd/mm/aa)	DEL 01/01/2026 AL 31/01/2026		
PRESENTES HOY:	NOMBRE:	CARLOS ANDRES MONTALVO ARCE	
	EN CALIDAD DE:	SUPERVISOR	
	NOMBRE:	MAYRA ALEJANDRA ZAMBRANO FIERRO	
	EN CALIDAD DE:	REPRESENTANTE LEGAL	
	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 INCIAL DEL CONTRATO	20/10/2025		$633.360.000	$633.360.000
1. ACTA PARCIAL No.1	18/12/2025	$63.336.000	$633.360.000	$570.024.000
2. ACTA PARCIAL No.2	18/12/2025	$158.340.000	$633.360.000	$411.684.000
3. ACTA PARCIAL No.3	30/12/2025	$158.340.000	$633.360.000	$253.344.000
4. ACTA PARCIAL No.4	02/02/2026	$158.340.000	$633.360.000	$ 95.004.000
TOTAL		$538.356.000	$633.360.000	$95.004.000

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

Que el señor(a) UNION TEMPORAL CORAZÓN DE JESÚS, en calidad de contratista, se encuentra al día en el pago de los aportes en salud, pensión y ARL, según planilla **No.36185332 y 36185381** del mes de **ENERO** de 2026, con los siguientes valores:

Ingreso Base de Cotización (40%)	Tipo de Aportes		Valor
$45.210.385	Salud	12,5%	$ 5.652.100
	Pensión	16 %	$ 6.818.500
	ARL	1,044%	$ 473.300

CERTIFICACION DEL REVISOR FISCAL:	Fecha de elaboración **(31/01/2026)**: Quien suscribe: _____

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

1. El contrato de colaboración 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 de colaboración se autorizan los siguientes pagos: **Pago parcial No.04** del contrato 65 de 2025, correspondiente al periodo comprendido del 01 al 31 de enero de 2026, por el valor de **CIENTO CINCIENTA Y OCHO MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA MIL PESOS MDA/CTE ($158.340.000).**
3. Que las partes contratantes se encuentran cumpliendo con lo pactado, por lo que de común acuerdo imparten la aprobación a la presente acta parcial.
4. 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 profesionales, lo cual fue debidamente verificado por el supervisor designado en cuanto a los términos de ejecución y porcentajes a pagar.

CÉSAR GERMÁN ROA TRUJILLO
SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL

Fabio

MAYRA ZAMBRANO F.

MAYRA ALEJANDRA ZAMBRANO FIERRO
(CONTRATISTA)

CARLOS ANDRES MONTALVO ARCE
(INTERVENTOR O SUPERVISOR)

JUAN DAVID CASTILLO
APOYO JURIDICO

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