

 CONTRALORÍA DEPARTAMENTAL DEL HUILA	ACTA PARCIAL Y/O FINAL	PROCEDIMIENTO: F03
		CÓDIGO: F03-21
		VERSIÓN: 1
		FECHA: 15/11/2024

ACTA PARCIAL Y/O FINAL

1. DESCRIPCION GENERAL			
CLASE DE ACTA:	FINAL: PARCIAL: X No.: 08		
___CONTRATO DE:	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE	No:	07
___CONVENIO DE:	SERVICIOS	AÑO:	2025
CONTRATANTE:	CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL HUILA – DIRECCION DE PLANEACION		
CONTRATISTA O CONVINIENTE:	NOMBRE O RAZON SOCIAL:	AUREA S.A.S.	
	NIT O CC:	813.000.606-2	
	DIRECCIÓN:	CALLE 9 No. 5-92 EDIFICIO SANTA ANA	TEL: 3103047815
	CIUDAD:	BOGOTÁ D.C.	
	REPRESENTANTE LEGAL:	HUGO JAVIER CASTILLO ANDRADE	
	CC:	4.925.832 expedida en el Pital – Huila	
OBJETO:	PRESTAR EL SERVICIO ACTUALIZACIÓN, OPTIMIZACIÓN Y SOPORTE TÉCNICO DEL SISTEMA INTEGRADO DE ADMINISTRACIÓN DOCUMENTAL SIMAD, INSTALADO EN LA CONTRALORÍA DEPARTAMENTAL DEL HUILA		
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	No.	DIS-2025000026	FECHA (dd/mm/aa): 27/01/2025
REGISTRO PRESUPUESTAL:	No.	2025000034	FECHA (dd/mm/aa): 11/02/2025
CUENTA BANCARIA	No.	07606873891	Banco: Bancolombia Tipo de Cuenta: Cuenta Corriente
VALOR INICIAL (CONTRATISTA):	\$	13.923.000,00	
	TRECE MILLONE NOVECIENTOS VENTITRES MIL PESOS M/CTE (\$ 13.923.000,00) IVA INCLUIDO		
APORTANTE O CONVINIENTE: (Efectivo – Especie):	\$		
	Valor en Letras:		
	\$		
	Valor en Letras:		
VALOR ADICIONAL	Nº1		
VALOR TOTAL	\$	13.923.000,00	
PLAZO INICIAL:	Desde la suscripción del acta de inicio y en todo caso hasta el 26 de diciembre de 2025		
PLAZO ADICIONAL:	Nº1	_____(Días / Meses)	
	Nº2	_____(Días / Meses)	
	Nº3	_____(Días / Meses)	
PLAZO TOTAL:	Desde la suscripción del acta de inicio y en todo caso hasta el 31 de diciembre de 2024		
FECHA DE INICIO:	13/02/2025		
FECHA DE SUSPENSIÓN Y REINICIACIÓN:	Nº1	SUSPENSIÓN	DD __ MM __ AÑO __
		REINICIACIÓN	DD __ MM __ AÑO __
FECHA DE TERMINACIÓN:	26/12/2025		
FECHA DE LA PRESENTE ACTA:	25/09/2025		
PERIODO QUE COMPRENDE LA PRESENTE ACTA:	DEL 13/09/2025 AL 12/10/2025		
PRESENTES HOY:	NOMBRE:	Luis Felipe Uribe Lopez	
	EN CALIDAD DE:	Supervisor	
	NOMBRE:	Hugo Javier Castillo Andrade	
	EN CALIDAD DE:	Contratista	
	NOMBRE:	Paola Andrea Ruiz Sanmiguel	
	EN CALIDAD DE:	Jefe Dirección de Planeación	

 CONTRALORÍA DEPARTAMENTAL DEL HUILA	ACTA PARCIAL Y/O FINAL	PROCEDIMIENTO: F03
		CÓDIGO: F03-21
		VERSIÓN: 1
		FECHA: 15/11/2024

2. ACTAS				
DESCRIPCIÓN	FECHA	VALOR ACTA	VALOR DEL (CONTRATO O CONVENIO)	SALDO
Informe de supervisión No. 1	21/04/2025	\$ 1.265.727,27	\$ 13.923.000,00	\$ 12.657.272,73
Informe de supervisión No. 2	28/04/2025	\$ 1.265.727,27		\$ 11.391.545,46
Informe de supervisión No. 3	22/05/2025	\$ 1.265.727,27		\$ 10.125.818,19
Informe de supervisión No. 4	18/07/2025	\$ 1.265.727,27		\$ 8.860.090,92
Informe de supervisión No. 5	11/08/2025	\$ 1.265.727,27		\$ 7.594.363,65
Informe de supervisión No. 6	28/08/2025	\$ 1.265.727,27		\$ 6.328.636,38
Informe de supervisión No. 7	25/09/2025	\$ 1.265.727,27		\$ 5.062.909,11
Informe de supervisión No. 8	10/11/2025	\$ 1.265.727,27		\$ 3.797.180,84
Informe de supervisión No. 9				
Informe de supervisión No. 10				
Informe de supervisión No. 11				
TOTAL		\$ 10.125.819,16	\$ 13.923.000,00	\$ 3.797.180,84

3. CUMPLIMIENTO (PAGOS A SALUD, PENSIÓN, RIESGOS Y PARAFISCALES)													
Que el señor(a) HUGO JAVIER CASTILLO ANDRADE en calidad de contratista, se encuentra al día en el pago de los aportes en salud, pensión y ARL, según certificado de fecha 03 de octubre de 2025, el cual se acompaña de planilla No. 34876475 de pago de aportes de persona jurídica (empleadora) del mes de Octubre de 2025, con los siguientes valores:													
<table border="1"> <tr> <th>Ingreso Base de Cotización (40%)</th> <th>Tipo de Aportes</th> <th>Valor</th> </tr> <tr> <td rowspan="3">\$ 13.923.000,00</td> <td>Salud 12,5%</td> <td>\$ 311.000,00</td> </tr> <tr> <td>Pensión 16 %</td> <td>\$ 1.243.400,00</td> </tr> <tr> <td>ARL 0,522%</td> <td>\$ 40.800,00</td> </tr> </table>		Ingreso Base de Cotización (40%)	Tipo de Aportes	Valor	\$ 13.923.000,00	Salud 12,5%	\$ 311.000,00	Pensión 16 %	\$ 1.243.400,00	ARL 0,522%	\$ 40.800,00		
Ingreso Base de Cotización (40%)	Tipo de Aportes	Valor											
\$ 13.923.000,00	Salud 12,5%	\$ 311.000,00											
	Pensión 16 %	\$ 1.243.400,00											
	ARL 0,522%	\$ 40.800,00											
CERTIFICACION DEL REVISOR FISCAL: 61CF6D28ECE45862		Fecha de elaboración (dd/mm/aa): 04/09/2025 Quien suscribe: Tito Leonardo Rodríguez Cardoso Revisor Fiscal Tarjeta Profesional No. 158170-T											

4. RECIBO A SATISFACCIÓN (POR PARTE DE LA SUPERVISIÓN)
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.
Que en ejecución del contrato de Prestación de servicios No. 007 de 2027 se autoriza el siguiente pago:
Pago del Acta Parcial No. 08, por valor de \$ 1.265.727,27
Que las partes contratantes se encuentran cumpliendo con lo pactado, por lo que de común acuerdo imparten la aprobación a la presente acta parcial.


HUGO JAVIER CASTILLO ANDRADE
 CONTRATISTA


SUPERVISOR


SECRETARIO O DIRECTOR DE LA DEPENDENCIA ORIGINADORA DE LA NECESIDAD