ACTA DE PAGO PARCIAL CONTRATO
ACTA NUMERO 001
Fecha 27 de febrero 2026

CONTRATISTA:	DIANA YAMILE PATIÑO LONDOÑO
NUMERO DE IDENTIFICACION:	CC 21517111
ENTIDAD BANCARIA:	BANCOLOMBIA
TIPO DE CUENTA:	AHORROS
NUMERO DE CUENTA	279-665638-48
CONTRATO No	1000-10-01-030-2026
FECHA DE CONTRATO	30 DE ENERO 2026.

OBJETO	PRESTAR APOYO EN EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES, MEDIANTE EL DEPORTE Y LA RECREACIÓN, DIRIGIDAS A LAS PERSONAS MAYORES DEL CORREGIMIENTO DE PUEBLITO Y SECTOR CALLE ABAJO MUNICIPIO DE HELICONIA.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	CATORCE MILLONES DE PESOS M/L ($ 14.000.000.)
VALOR IVA	N/A
VALOR TOTAL	CATORCE MILLONES DE PESOS M/L ($ 14.000.000.)
FORMA DE PAGO	EL VALOR DEL PRESENTE CONTRATO ES DE HASTA CATORCE MILLONES DE PESOS M/L ($14.000.000) POR CONCEPTO DE HONORARIOS; LOS CUALES SERÁN CANCELADOS ASÍ: PAGOS PARCIALES DE DOS MILLONES DE PESOS M.L ($2..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.

PLAZO INICIAL	EL PLAZO DEL CONTRATO SERÁ HASTA EL 29 DE AGOSTO DE 2026, CONTADOS

	DESDE EL INICIO DE EJECUCIÓN EN EL SECOP II
FECHA DE INICIO	30 DE ENERO DE 2026.
FECHA DE SUSPENSION	N/A
FECHA DE REINICIO	N/A
ACTA DE ADICION	N/A
VALOR ADICION	N/A
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$14.000.000
FECHA DE ADICION	N/A
ADICCION TIEMPO	N/A
RDP VF NUMERO	N/A
FECHA	N/A
VALOR	N/A

El cumplimiento a la ley 80 de 1.993, ley 1150 de 2.007, ley 1474 de 2011 y demás Decretos reglamentarios así como el decreto de delegación para la contratación, al manual de contratación e interventoría y demás 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 interventoría 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, encontrándose al día en sus pagos (noviembre y diciembre) para lo cual se aplico la base de liquidación establecida en la ley.

Obligado a presentar Seguridad Social	Si	X	Diligencie el cuadro		
	No		Omita el cuadro		
PERSONA NATURAL PRESENTO			**PERSONA JURIDICA PRESENTO**	SI	NO
Planilla numero		83812042	Certificado de Representante legal		
Periodo de cotización		FEBRERO DE 2026	Certificado de Revisor Fiscal		
Fecha de pago		20/02/2026	Periodo de cotización		
Valor base cotización		$1.750.905			
Salud		$ 218.900			
Pensión		$ 280.200			
ARL tipo de riesgo	2	$ 9.200			
Intereses Mora		0			

Así mismo certifico que se recibió a entera satisfacción los servicios prestados por el contratista en cumplimiento del objeto del contrato**.**

VALOR A PAGAR

DESCRIPCION			VALOR
1	Valor cuota pactada contrato		$ 2.000.000
2	Glosa (+) (-)		N/A
3	Subtotal (1+2)		$ 2.000.000
4	IVA		N/A
5	Valor total cuota (2+7)		$ 2.000.000
6	Menos valor amortización anticipo =(3)*%de anticipo		N/A
7	Valor a pagar del acta (1/7)		$ 2.000.000

Beneficiario del pago. (diligenciar solo si tiene endoso)

ENDOSOS	Beneficiario Pago (1)	Beneficiario Pago (2)
Nombre		
Numero de Identificación		
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 responsar 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 C..D.P.	Rubro del C.D.P.	Denominación del Rubro del C.D.P.	Valor del C.D.P.
00038	20-01-2026	2.3.2.02.02.009	Servicios para comunidad, sociales y personales.	$ 14.000.000

Para constancia firman:

Lina M. Bolívar

LINA MARCELA BOLIVAR MARTINEZ
Secretaria de Salud y Bienestar Social
Supervisor