ACTA PARCIAL Y/O FINAL

1. DESCRIPCION GENERAL						
CLASE DE ACTA:	FINAL: _____ PARCIAL: __X____ No.:___2____					
_x_ CONTRATO DE: ___ CONVENIO DE:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES	Nº:	490	AÑO:	2026	

CONTRATANTE:	DEPARTAMENTO DEL HUILA – SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL			
CONTRATISTA O CONVINIENTE:	NOMBRE O RAZON SOCIAL:	MILLER DUSSAN GARCIA		
	NIT O CC:	1075217392		
	DIRECCIÒN:	Calle 26 # 6-30	TEL:	311807 6895
	CIUDAD:	Neiva		
	REPRESENTANTE LEGAL:	N/A		
	CC:	N/A		
OBJETO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES A LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL PARA APOYAR LA ASISTENCIA Y SOPORTE TÉCNICO EN EL CARGUE Y REPORTE DE LA INFORMACION EN LAS PLATAFORMAS DIGITALES TABLERO BALANCEADO DE GESTION – TBG, Y EL OBSERVATORIO DE SALUD DEL HUILA (OSHU) EN LOS 37 MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL HUILA.			
REGISTRO PRESUPUESTAL:	No. 638 FECHA (16/01/2026)			
CUENTA BANCARIA	No. 45595831575 Banco. BANCOLOMBIA Tipo de Cuenta: AHORRO			
VALOR INICIAL (CONTRATISTA):	$ 39.120.000			
	Valor en Letras: treinta y nueve millones ciento veinte mil pesos M/cte			
APORTANTE O CONVINIENTE: (Efectivo – Especie):	$			
	Valor en Letras:			
VALOR ADICIONAL	Nº1	$		
VALOR TOTAL	$ 39.120.000			
PLAZO INICIAL:	OCHO (8) MESES, CONTADOS A PARTIR DE LA SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO SIN EXCEDER EL 30 DE DICIEMBRE DE 2026.			
PLAZO ADICIONAL:	Nº1	_____ (Dias / Meses)		
	Nº2	_____ (Dias / Meses)		
PLAZO TOTAL:	OCHO (8) MESES, CONTADOS A PARTIR DE LA SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO SIN EXCEDER EL 30 DE DICIEMBRE DE 2026.			
FECHA DE INICIO: (dd/mm/aa)	19 enero 2026			

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__
FECHA DE TERMINACIÒN: (dd/mm/aa)	18 septiembre 2026		
FECHA DE LA PRESENTE ACTA: (dd/mm/aa)	18 marzo 2026		
PERIODO QUE COMPRENDE LA PRESENTE ACTA: (dd/mm/aa)	del 19 de febrero al 18 marzo 2026		
PRESENTES HOY:	NOMBRE:	CARLOS ANDRES MONTALVO ARCE	
	EN CALIDAD DE:	SUPERVISOR	
	NOMBRE:	MILLER DUSSAN GARCIA	
	EN CALIDAD DE:	CONTRATISTA	
	NOMBRE:	CESAR GERMAN ROA TRUJILLO	
	EN CALIDAD DE:	SECRETARIO DE SALUD	

2. ACTAS

DESCRIPCIÒN	FECHA	VALOR ACTA	VALOR DEL (CONTRATO O CONVENIO)	SALDO
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	19/01/2026		$ 39.120.000	$ 39.120.000
1. ACTA PARCIAL 1	18/02/2026	$4.890.000	$ 39.120.000	$34.230.000
2. ACTA PARCIAL 2	18/03/2026	$4.890.000	$ 39.120.000	$29.340.000
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
TOTAL		$9.780.000	$ 39.120.000	$29.340.000

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

Que el señor MILLER DUSSAN GARCIA en calidad de contratista, se encuentra al día en el pago de los aportes en salud, pensión y ARL, según planilla No. **4645318605** del mes de febrero, con los siguientes valores:

Ingreso Base de Cotización (40%)	Tipo de Aportes		Valor
$1.956.00	Salud	12,5%	$244.500
	Pensión	16 %	$313.000
	ARL	0,522%	$10.300

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

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

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. 2 por valor de cuatro millones ochocientos noventa mil pesos ($ 4.890.000) M/cte. Por el periodo comprendido entre del 19 de febrero al 18 de marzo de 2026.
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. No. 2
4. El secretario de salud, como ordenador del gasto, suscribe la presente acta, con base en el informe de actividades, presentadas por el contratista y el superviso, y quien a su vez encuentra y recibe a satisfacción las actividades presentadas, por el periodo comprendido entre el 19 de febrero al 18 de marzo de 2026.
5. CUMPLIMIENTO ARTICULO 50 LEY 789 DE 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 los porcentajes a pagar.

CESAR GERMAN ROA TRUJILLO
Secretario de Salud

MILLER DUSSAN GARCIA
Contratista

CARLOS ANDRES MONTALVO ARCE
supervisor

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