ACTA PARCIAL Y/O FINAL

1. DESCRIPCION GENERAL					
CLASE DE ACTA:	**FINAL: _____ PARCIAL: _X_____ No 5**				
___ 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 del 17/10/2025; N° 1899 del 19/02/2026; N° 2269 del 19/03/2026.			
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	($158.340.000) CIENTO CINCUENTA Y OCHO MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA MIL PESOS M/CTE.		

Scanned with CamScanner

	Nº3	($158.340.000) CIENTO CINCUENTA Y OCHO MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA MIL PESOS M/CTE.	
VALOR TOTAL	($950.040.000) NOVECIENTOS CINCUENTA MILLONES CUARENTA MIL PESOS M/CTE		
PLAZO INICIAL:	CUATRO (04) MESES CONTADOS A PARTIR DEL ACTA DE INICIO.		
PLAZO ADICIONAL:	Nº1	N.A.	
	Nº2	UN (01) MES	
	Nº3	UN (01) MES	
PLAZO TOTAL:	SEIS (06) 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)	19/04/2026.		
FECHA DE LA PRESENTE ACTA: (dd/mm/aa)	27/03/2026.		
PERIODO QUE COMPRENDE LA PRESENTE ACTA: (dd/mm/aa)	DEL 01/02/2026 AL 28/02/2026		
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**	

Scanned with CamScanner

	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**
OTRO SÍ N° 02	18/02/2026	$158.340.000	**$791.700.000**	**$253.344.000**
OTRO SÍ N° 03	19/03/2026	$158.340.000	**$950.040.000**	**$411.684.000**
5. ACTA PARCIAL No.5	27/03/2026	**$158.340.000**	**$950.040.000**	**$253.344.000**
TOTAL		**$696.696.000**	**$950.040.000**	**$253.344.000**

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 certificado suscrito por representante legal y contador de fecha 04/03/2026, según soporte planilla **No. 36769024** del mes de **FEBRERO** de 2026, con los siguientes valores:

Ingreso Base de Cotización (40%)	Tipo de Aportes	Valor
$44.819.478	Salud 12,5%	$ 5.646.800
	Pensión 16 %	$ 6.808.600
	ARL 1,044%	$ 472.700

CERTIFICACION DEL REVISOR FISCAL:	Fecha de elaboración **(-/-/-)**: 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. 05** del contrato 065 de 2025, correspondiente al periodo comprendido del 01 al 28 de febrero de 2026, por el valor de **CIENTO CINCUENTA 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

Scanned with CamScanner

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

MAYRA ZAMBRANO F.

MAYRA ALEJANDRA ZAMBRANO FIERRO
(CONTRATISTA)

CARLOS ANDRES MONTALVO ARCE
(INTERVENTOR O SUPERVISOR)

JAIRO ANDRES IBAGON MORERA
APOYO JURIDICO

Scanned with CamScanner