ACTA PARCIAL Y/O FINAL

1. DESCRIPCION GENERAL					
CLASE DE ACTA:	FINAL: _____ PARCIAL: _X__ No.:___2___				
CONTRATO DE: X ___ CONVENIO DE:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES	Nº:	488	AÑO:	2026

CONTRATANTE:	DEPARTAMENTO DEL HUILA – SECRETARIA DE SALUD			
CONTRATISTA O CONVINIENTE:	NOMBRE O RAZON SOCIAL:	ARMANDO OSORIO QUINTERO		
	NIT O CC:	C.C. 7.687.611 Neiva - Huila		
	DIRECCIÒN:	Calle 21 sur número 21-91	TEL:	320 275 60 08
	CIUDAD:	Neiva - Huila		
	REPRESENTANTE LEGAL:	N/A		
	CC:	N/A		
OBJETO:	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE MANERA AUTONOMA E INDEPENDIENTE A LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL APOYANDO LA ASISTENCIA TECNCIA A LA RED PUBLICA DE SALUD EN ASPECTOS FINANCIEROS Y PRESUPUESTALES EN LA ZONA 2 Y 4 DEL DEPARTAMENTO Y PLAN FINANCIERO DE LA SECRETARIA SALUD 2024-2027			
REGISTRO PRESUPUESTAL:	No. 850 FECHA (dd/mm/aa): 20/01/2026			
CUENTA BANCARIA	No. 45732706881 Banco : Banco de Colombia Tipo de Cuenta: Ahorros			
VALOR INICIAL (CONTRATISTA):	$39.120.000			
	Valor en Letras: TREINTA Y NUEVE MILLONES CIENTO VEINTE MIL PESOS MCTE.			
APORTANTE O CONVINIENTE: (Efectivo – Especie):				
	$			
	Valor en Letras:			
	$			
	Valor en Letras:			
VALOR ADICIONAL	Nº1	$		
	Nº2	$		
	Nº3	$		
VALOR TOTAL	$39.120.000 TREINTA Y NUEVE MILLONES CIENTO VEINTE MIL PESOS MCTE.			

Scanned with CamScanner

PLAZO INICIAL: (dd/mm/aa)	**OCHO (8) MESES CONTADOS A PARTIR DE LA SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO SIN EXCEDER EL 30 DE DICIEMBRE 2026.**		
PLAZO ADICIONAL: (dd/mm/aa)	**Nº1**		
	Nº2		
	Nº3		
FECHA DE INICIO: (dd/mm/aa)	21/01/2026		
FECHA DE SUSPENSIÒN Y REINICIACIÒN: (dd/mm/aa)	**Nº1**	**SUSPENSIÒN**	
		REINICIACIÒN	
	Nº2	**SUSPENSIÒN**	
		REINICIACIÒN	
	Nº3	**SUSPENSIÒN**	
		REINICIACIÒN	
	Nº4	**SUSPENSIÒN**	
		REINICIACIÒN	
FECHA DE TERMINACIÒN: (dd/mm/aa)	20 DE SEPTIEMBRE DE 2026		
FECHA DE LA PRESENTE ACTA: (dd/mm/aa)	27 DE MARZO DE 2026		
PERIODO QUE COMPRENDE LA PRESENTE ACTA: (dd/mm/aa)	DEL 21 DE FEBRERO DE 2026 AL 20 DE MARZO DE 2026		
PRESENTES HOY:	NOMBRE:	AQUILEO PARRA CUELLAR	
	EN CALIDAD DE:	SUPERVISOR	
	NOMBRE:	ARMANDO OSORIO QUINTERO	
	EN CALIDAD DE:	CONTRATISTA	
	NOMBRE:	CESAR GERMAN ROA TRUJILLO	
	EN CALIDAD DE:	SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL	

Scanned with CamScanner

2. ACTAS

DESCRIPCIÒN	FECHA	VALOR ACTA	VALOR DEL (CONTRATO O CONVENIO)	SALDO
1. VALOR INICIAL DEL CONTRATO	14/01/2026		$39.120.000	$39.120.000
2. ACTA PARCIAL N° 01	23/02/2026	$4.890.000	$39.120.000	$34.230.000
3. ACTA PARCIAL N° 02	27/03/2026	$4.890.000	$39.120.000	$29.340.000
TOTAL		$9.780.000	$39.120.000	$29.340.000

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

Que el señor **ARMANDO OSORIO QUINTERO** en calidad de contratista, se encuentra al día en el pago de los aportes en salud, pensión y ARL, según planilla No. 9501641918 del mes de marzo de 2026, con los siguientes valores:

Ingreso Base de Cotización (40%)	Tipo de Aportes		Valor
$2.208.000.oo	Salud	12,5%	$276.000
	Pensión	16 %	$353.300
	ARL	2.436%	$53.800

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 2 por valor de CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA MIL PESOS (4.890.000) M/CTE.

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.Que 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 supervisor, y quien a su vez encuentra y recibe a satisfacción las actividades presentadas por el periodo comprendido entre el 21 de febrero del 2026 al 20 de marzo del 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

Scanned with CamScanner

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 TRUJIILO
SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL

ARMANDO OSORIO QUINTERO
CONTRATISTA

AQUILEO PARRA CUELLAR
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

Scanned with CamScanner