ACTA PARCIAL Y/O FINAL

1. DESCRIPCION GENERAL					
CLASE DE ACTA:	FINAL: _____ PARCIAL: ___X___ No.: _____1____				
_X_ CONTRATO DE:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES	Nº:	1409	AÑO:	2025
___ CONVENIO DE:					

CONTRATANTE:	DEPARTAMENTO DEL HUILA – SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL			
CONTRATISTA O CONVINIENTE:	NOMBRE O RAZON SOCIAL:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ANA SILVIA MALDONADO JIMENEZ		
	NIT O CC:	NIT: 813011706		
	DIRECCIÒN:	Carrera 3a No. 7 – 68 Colombia Huila	TEL:	313852 0799
	CIUDAD:	Colombia - Huila		
	REPRESENTANTE LEGAL:	EDUARDO MAHECHA REYES		
	CC:	7686428		
OBJETO:	PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO EN LA CARACTERIZACION DE LA COBERTURA DE VACUNACIÓN A TRAVÉS DE MÉTODOS ESTANDARIZADOS EN 18 MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL HUILA Y EL MONITOREO DE FIEBRE AMARILLA EN LOS MUNICIPIOS AIPE Y NEIVA.			
REGISTRO PRESUPUESTAL:	No. 7,404 del 1 de noviembre de 2025			
CUENTA BANCARIA	No. 941-719257-59 banco BANCOLOMBIA Tipo de Cuenta: Ahorros			
VALOR INICIAL (CONTRATISTA):	$ 119.943.840,00			
	Valor en Letras: CIENTO DIECINUEVE MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS CUARENTA. M/C			
APORTANTE O CONVINIENTE: (Efectivo – Especie):	$			
	Valor en Letras:			
	$			
	Valor en Letras:			
	$			
	Valor en Letras:			
VALOR ADICIONAL	Nº1	$		
	Nº2	$		
	Nº3	$		
VALOR TOTAL	$119.943.840,00			
PLAZO INICIAL:	DOS (2) MESES, CONTADOS A PARTIR DE LA SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO SIN EXCEDER EL 30 DE DICIEMBRE DE 2025.			

PLAZO ADICIONAL:	Nº1	_____ (Días / Meses)	
	Nº2	_____ (Días / Meses)	
	Nº3	_____ (Días / Meses)	
PLAZO TOTAL:	DOS (2) MESES, CONTADOS A PARTIR DE LA SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO SIN EXCEDER EL 30 DE DICIEMBRE DE 2025.		
FECHA DE INICIO: (dd/mm/aa)	06/11/2025		
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____
FECHA DE TERMINACIÒN: (dd/mm/aa)	30/12/2025		
FECHA DE LA PRESENTE ACTA: (dd/mm/aa)	17/12/2025		
PERIODO QUE COMPRENDE LA PRESENTE ACTA: (dd/mm/aa)	DEL 06/11/2025 AL 10/12/2025		
PRESENTES HOY:	NOMBRE:	NORMA CRISTINA HINCAPIE DIAZ	
	EN CALIDAD DE:	SUPERVISORA	
	NOMBRE:	EDUARDO MAHECHA REYES	
	EN CALIDAD DE:	REPRESENTANTE	
	NOMBRE:	CESAR GERMAN ROA TRUJILLO	
	EN CALIDAD DE:	SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL	

2. ACTAS

DESCRIPCIÒN	FECHA	VALOR ACTA	VALOR DEL (CONTRATO O CONVENIO)	SALDO
1. VALOR INICIAL CONTRATO	06/11/2025		$ 119.943.840	$ 119.943.840
2. ANTICIPO 30%	06/11/2025	$35.983.152	$ 119.943.840	$83.960.688
3. PARCIAL No. 1	17/12/2025	$71.966.304	$ 119.943.840	$11.127.718
TOTAL		$107.949.456	$ 119.943.840	$11.127.718

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

Que la ESE ANA SILVIA MALDONADO JIMENEZ Acredito durante la ejecución del Contrato el cumplimiento de las obligaciones frente al Sistema General de Seguridad Social y Parafiscales, presentando durante la ejecución del Contrato correspondiente al mes de NOVIEMBRE con numero de planilla 35485368.

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 por valor de **$71.966.304** (Setenta y un millones novecientos sesenta y seis mil trescientos cuatro M/c).
3. Que las partes contratantes cumplen con lo pactado, por lo que de común acuerdo imparten la aprobación a la presente acta.
4. El secretario de Salud como ordenador del gasto, suscribe la presente acta, con base en el informe de actividades presentado por el contratista y el supervisor y quien a su vez encuentra y recibe a satisfacción las actividades presentadas, por el periodo comprendido entre 6 de noviembre al 10 de diciembre de 2025.
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 DEPARTAMENTAL

EDUARDO MAHECHA REYES
REPRESENTANTE LEGAL
ESE ANA SILVIA MALDONADO JIMENEZ

NORMA CRISTINA HINCAPIE DIAZ
SUPERVISORA

Documento original firmado y controlado por calidad			
	ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Firma			
Nombre	Gustavo Andrés Borda Alarcón/ Camilo Andrés Bonelo Guahuña	Alba Lucia Medina Rubio	Alba Lucia Medina Rubio
Cargo	Profesional de apoyo	Líder del proceso	Líder del proceso