ACTA PARCIAL Y/O FINAL

1. DESCRIPCION GENERAL						
CLASE DE ACTA:	FINAL: _____ PARCIAL: _ X _ No: 4					
_X CONTRATO DE: ___ CONVENIO DE:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES	Nº:	1011	AÑO:	2026	

CONTRATANTE:	DEPARTAMENTO DEL HUILA – SECRETARIA DE SALUD			
CONTRATISTA O CONVINIENTE:	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	KIMBERLY NATALIA AVILA YAÑEZ		
	NIT O CC:	1.075.249.737 de Neiva		
	DIRECCIÒN:	KR 8 N 3-45 CENTRO	TEL:	3214248203
	CIUDAD:	Rivera - Huila		
	REPRESENTANTE LEGAL:	N/A		
	CC:	N/A		
OBJETO:	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES A LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL PARA APOYAR LA ASISTENCIA TÉCNICA EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD VISUAL Y DIAGNÓSTICO OPORTUNO DE LAS ALTERACIONES VISUALES SEGÚN LOS LINEAMIENTOS DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL EN EL DEPARTAMENTO DEL HUILA.			
REGISTRO PRESUPUESTAL:	No. 1513 del 30 de enero de 2026			
CUENTA BANCARIA	No.055007600075258 4 Banco DAVIVIENDA Tipo de Cuenta: Ahorros			
VALOR INICIAL (CONTRATISTA):	$ 29.340.000,00			
	Valor en Letras: VEINTINUEVE MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA MIL PESOS			
APORTANTE O CONVINIENTE: (Efectivo – Especie):	$			
	Valor en Letras:			
	$ NA			
	Valor en Letras:			
	$ NA			
	Valor en Letras:			
VALOR ADICIONAL	Nº1	$ 0		
	Nº2	$ 0		
	Nº3	$ 0		

VALOR TOTAL	**$ 29.340.000,00**				
PLAZO INICIAL: (dd/mm/aa)	Seis (6) MESES CONTADOS A PARTIR DE LA SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO SIN EXCEDER EL 30 DE DICIEMBRE DE 2026				
PLAZO ADICIONAL: (dd/mm/aa)	**Nº1**	____ (Días/Meses)			
	Nº2	____ (Días/Meses)			
	Nº3	____ (Días/Meses)			
PLAZO TOTAL	SEIS (6) 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)	30/01/2026				
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**
	Nº3	**SUSPENSIÒN**	**DD**	**MM**	**AÑO**
		REINICIACIÒN	**DD**	**MM**	**AÑO**
FECHA DE TERMINACIÒN: (dd/mm/aa)	29/07/2026				
FECHA DE LA PRESENTE ACTA: (dd/mm/aa)	22/06/2026				
PERIODO QUE COMPRENDE LA PRESENTE ACTA: (dd/mm/aa)	DEL 30/04/2026 al 29/05/2026				
PRESENTES HOY:	**NOMBRE:**	**DIANA ALEXANDRA FACUNDO ORTEGA**			
	EN CALIDAD DE:	Supervisor			
	NOMBRE:	**KIMBERLY NATALIA AVILA YAÑEZ**			
	EN CALIDAD DE:	CONTRATISTA			
	NOMBRE:	**CESAR GERMAN ROA TRUJILLO**			
	EN CALIDAD DE:	SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL HUILA			

2.ACTAS

DESCRIPCIÒN	FECHA	VALOR ACTA	VALOR DEL (CONTRATO O CONVENIO)	SALDO
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	30/01/2026		$29.340.000	$29.340.000
1. Acta parcial Nº. 01	05/03/2026	$ 4.890.000	$29.340.000	$24.450.000
2. Acta parcial Nº. 02	15/04/2026	$4.890.000	$29.340.000	$19.560.000
3. Acta parcial Nº. 03	05/05/2026	$4.890.000	$29.340.000	$14.670.000
4. Acta parcial N°. 04	22/06/2026	$4.890.000	$29.340.000	$9.780.000
5. Acta Final				
TOTAL		**$ 19.560.000**	**$29.340.000**	**$9.780.000**

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

Que la señora KIMBERLY NATALIA AVILA YAÑEZ, en calidad de contratista, se encuentra al día en el pago de los aportes en salud, pensión y ARL, según planilla No 6023011506 mes de mayo del año 2026 con los siguientes valores:

Ingreso Base de Cotización (40%)	Tipo de Aportes		Valor
$ 2'000.000	Salud	12,5%	$ 250.000
	Pensión	16 %	$ 320.000
	ARL	0.522%	$ 10.500

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

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

1.El contrato 1011 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.4 por valor de $4.890.000
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 4.
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 supervisor, y quien a su vez encuentra y recibe a satisfacción las actividades presentadas, por el periodo comprendido entre el 30 de abril al 29 de mayo del 2026.
5.EN CUMPLIMIENTO AL 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

KIMBERLY NATALIA AVILA YAÑEZ
Contratista

DIANA ALEXANDRA FACUNDO ORTEGA
Supervisora

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

VISIÓN LÁSER ÓPTICAS

Kimberly Natalia Ávila Yañez
NIT 1.075.249.737-3
Calle 10 N. 6 17
Tel: (038) 8799356
Neiva - Colombia
info.opticavisionlaser@gmail.com

Factura electrónica de venta
No. KNA 8024

Señores	DEPARTAMENTO DEL HUILA		
NIT	800.103.913-4	Teléfono	(608) 8671300
Dirección	Carrera 4 Calle 8	Ciudad	Neiva - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	03/06/2026, 15:08
Expedición	03/06/2026, 15:08
Vencimiento	03/06/2026

Item	Código	Descripción	Descripción	Unidad de medida	Cantidad	Vr. Unitario	Valor Impto.Cargo	Valor desc.	Vr. Total
1	15	Honorarios	HONORARIOS SERVICIOS PROFESIONALES A LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL PARA APOYAR LA ASISTENCIA TÉCNICA EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD VISUAL Y DIAGNOSTICO OPORTUNO DE LAS ALTERACIONES VISUALES SEGÚN LOS LINEAMIENTOS DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL EN EL DEPARTAMENTO DEL HUILA.	unidad	1.00	4,890,000.00	0.00	0.00	4,890,000.00

Total items: 1

Total Bruto	4,890,000.00
Total a Pagar	4,890,000.00

Valor en Letras:
Cuatro millones ochocientos noventa mil pesos m/cte

Forma de pago:
Crédito

Medio de pago:
Instrumento no definido - Crédito Clientes - Cuota No. 001 vence el 2026-06-03 por $ 4,890,000.00

Observaciones:

Datos adicionales para empresas de sector salud

Código de prestador de servicio:
4100101635

Modalidad de pago:
-

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Sigo SAS - Nit.830.048.145-6, Nombre Software: Sigo Nubo, Firma electrónica: ver en el XML

Periodo de inicio:
03/06/2026

Periodo de finalización:
03/06/2026

Tipo de operación:
SS-SinAporte

Plan de servicios:
-

Número de contrato:
-

Número de póliza:
-

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764094485281 aprobado en 20250617 prefijo KNA desde el número 7001 al 9000 Vigencia: 24 Meses**
No responsable de IVA - Actividad Económica 8692 Actividades de apoyo terapéutico Tarifa
CUFE: bb7e833bc17de2b5ddb90743dd643ea3e85c7f969b9b5394bb8d3723903f1899dbb23430ef619848ba2d30a2afe81e0b