ACTA PARCIAL Y/O FINAL

1. DESCRIPCION GENERAL					
CLASE DE ACTA:	FINAL: _____ PARCIAL: _ X _ No: 5				
_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.0550076000752584 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)	10/07/2026				
PERIODO QUE COMPRENDE LA PRESENTE ACTA: (dd/mm/aa)	DEL 30/05/2026 al 29/06/2026				
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 Nº. 04	22/06/2026	$ 4.890.000	$29.340.000	$ 9.780.000
5. Acta parcial Nº. 05	10/07/2026	$ 4.890.000	$29.340.000	$ 4.890.000
6. Acta Final				
TOTAL		**$ 24.450.000**	**$ 29.340.000**	**$ 4.890.000**

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 6026910900 mes de junio 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.5 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. 5.
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 mayo al 29 de junio 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
Fabio

Kimberly Natalia Avila Yañez
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