

|                                                                                                                    |                                                                            |                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <p>Gobernación<br/>del Huila</p> | <p>SISTEMA DE GESTIÓN: MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN - MIPG</p> |   <p>SC4353-1<br/>Código: DAC-C055-P1110-F09</p> |
| <p>Fecha Aprobación:<br/>04 de abril de 2025</p>                                                                   | <p>ACTA (PARCIAL O FINAL) DEL CONTRATO O CONVENIO</p>                      | <p>Versión: 7<br/>Página 1 de 3</p>                                                                                                                                                                                    |

**ACTA PARCIAL Y/O FINAL**

| 1. DESCRIPCION GENERAL     |                           |    |           |     |     |           |
|----------------------------|---------------------------|----|-----------|-----|-----|-----------|
| CLASE DE ACTA:             | FINAL: _ PARCIAL: X No 06 |    |           |     |     |           |
| <u>  X  </u> CONTRATO DE:  | PRESTACION                | DE | SERVICIOS | Nº: | 685 | AÑO: 2026 |
| <u>      </u> CONVENIO DE: | PROFESIONALES             |    |           |     |     |           |

|                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                          |       |            |  |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------|------------|--|
| CONTRATANTE:                                   | DEPARTAMENTO DEL HUILA - SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                          |       |            |  |
| CONTRATISTA O CONVINIENTE:                     | NOMBRE O RAZON SOCIAL:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | CAROLINA ROCHA CASTRO                    |       |            |  |
|                                                | NIT O CC:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 36.306.138                               |       |            |  |
|                                                | DIRECCIÒN:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Cra 38 B # 8-15 Torre 4 Apto 401 Ipanema | TEL : | 3003450644 |  |
|                                                | CIUDAD:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | NEIVA – HUILA                            |       |            |  |
|                                                | REPRESENTANTE LEGAL:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | N/A                                      |       |            |  |
|                                                | CC:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | NA                                       |       |            |  |
| OBJETO:                                        | PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO A LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL EN EL FORTALECIMIENTO DEL COMPONENTE DE DISCAPACIDAD EN SUS LÍNEAS DE ACCIÓN, TALES COMO EL FORTALECIMIENTO DE LA ESTRATEGIA DE REHABILITACIÓN BASADA EN COMUNIDAD – RBC, CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD Y REGISTRO DE LOCALIZACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y BANCO DE PRODUCTOS DE APOYO EN LOS MUNICIPIOS DE COLOMBIA, BARAYA, VILLAVIEJA, TELLO, ALGECIRAS, IQUIRA Y YAGUARA. |                                          |       |            |  |
| REGISTRO PRESUPUESTAL:                         | No. 867 DEL 20/01/2026                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                          |       |            |  |
| CUENTA BANCARIA                                | No 53400020716 Banco: Bancolombia Tipo de Cuenta: Ahorros                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                          |       |            |  |
| VALOR INICIAL (CONTRATISTA):                   | \$39.120.000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                          |       |            |  |
|                                                | Valor en Letras: TREINTA Y NUEVE MILLONES CIENTOVEINTE MIL PESOS M/CTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                          |       |            |  |
| APORTANTE O CONVINIENTE: (Efectivo – Especie): | \$                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                          |       |            |  |
|                                                | Valor en Letras:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                          |       |            |  |
|                                                | \$                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                          |       |            |  |
|                                                | Valor en Letras:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                          |       |            |  |
|                                                | \$                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                          |       |            |  |
|                                                | Valor en Letras:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                          |       |            |  |
| VALOR ADICIONAL                                | Nº1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | \$                                       |       |            |  |
|                                                | Nº2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | \$                                       |       |            |  |
|                                                | Nº3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | \$                                       |       |            |  |

|                                                                                                                   |                                                                            |                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br><b>Gobernación del Huila</b> | <b>SISTEMA DE GESTIÓN: MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN - MIPG</b> |   |
|                                                                                                                   |                                                                            | <b>Código: DAC-C055-P1110-F09</b>                                                                                                                                       |
| <b>Fecha Aprobación:</b><br>04 de abril de 2025                                                                   | <b>ACTA (PARCIAL O FINAL) DEL CONTRATO O CONVENIO</b>                      | <b>Versión: 7</b>                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                   |                                                                            | <b>Página 2 de 3</b>                                                                                                                                                    |

|                                                             |                                                                                                                      |                      |                                   |    |     |
|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------------|----|-----|
| VALOR TOTAL                                                 | \$39.120.000                                                                                                         |                      |                                   |    |     |
| PLAZO INICIAL:                                              | OCHO (8) MESES CONTADOS A PARTIR DE LA DE LA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO, SIN EXCEDER EL 30 DE DICIEMBRE DE 2026. |                      |                                   |    |     |
| PLAZO ADICIONAL:                                            | Nº1                                                                                                                  | _____ (Días / Meses) |                                   |    |     |
|                                                             | Nº2                                                                                                                  | _____ (Días / Meses) |                                   |    |     |
|                                                             | Nº3                                                                                                                  | _____ (Días / Meses) |                                   |    |     |
| PLAZO TOTAL:                                                | OCHO (8) MESES CONTADOS A PARTIR DE LA DE LA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO, SIN EXCEDER EL 30 DE DICIEMBRE DE 2026. |                      |                                   |    |     |
| FE<br>CHA DE INICIO:<br>(dd/mm/aa)                          | 22 / 01 / 2026                                                                                                       |                      |                                   |    |     |
| FECHA DE<br>SUSPENSIÒN Y<br>REINICIACIÒN:<br>(dd/mm/aa)     | Nº1                                                                                                                  | SUSPENSIÒN           | DD                                | MM | AÑO |
|                                                             |                                                                                                                      | REINICIACIÒN         | DD                                | MM | AÑO |
|                                                             | Nº2                                                                                                                  | SUSPENSIÒN           | DD                                | MM | AÑO |
|                                                             |                                                                                                                      | REINICIACIÒN         | DD                                | MM | AÑO |
| FECHA DE<br>TERMINACIÒN:<br>(dd/mm/aa)                      | 20/09/2026                                                                                                           |                      |                                   |    |     |
| FECHA DE LA<br>PRESENTE ACTA:<br>(dd/mm/aa)                 | 22/07/2026                                                                                                           |                      |                                   |    |     |
| PERIODO QUE<br>COMPRENDE LA<br>PRESENTE ACTA:<br>(dd/mm/aa) | DEL 22/06/2026 AL 21/07/2026                                                                                         |                      |                                   |    |     |
| PRESENTES HOY:                                              | NOMBRE:                                                                                                              |                      | NIDIA YURANI NOVOA SANCHEZ        |    |     |
|                                                             | EN CALIDAD DE:                                                                                                       |                      | SUPERVISOR                        |    |     |
|                                                             | NOMBRE:                                                                                                              |                      | CAROLINA ROCHA CASTRO             |    |     |
|                                                             | EN CALIDAD DE:                                                                                                       |                      | CONTRATISTA                       |    |     |
|                                                             | NOMBRE:                                                                                                              |                      | CESAR GERMAN ROA TRUJILLO         |    |     |
|                                                             | EN CALIDAD DE:                                                                                                       |                      | SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL |    |     |

| <b>ACTAS</b>                      |              |                   |                                        |              |
|-----------------------------------|--------------|-------------------|----------------------------------------|--------------|
| <b>DESCRIPCIÓN</b>                | <b>FECHA</b> | <b>VALOR ACTA</b> | <b>VALOR DEL (CONTRATO O CONVENIO)</b> | <b>SALDO</b> |
| <b>Valor Inicial Del Contrato</b> | 22/01/2026   |                   | \$39.120.000                           | \$39.120.000 |
| <b>1. Acta parcial Nº 01</b>      | 23/02/2026   | \$4.890.000       | \$39.120.000                           | \$34.230.000 |
| <b>2. Acta parcial Nº02</b>       | 24/03/2026   | \$4.890.000       | \$39.120.000                           | \$29.340.000 |
| <b>3. Acta parcial Nº03</b>       | 27/04/2026   | \$4.890.000       | \$39.120.000                           | \$24.450.000 |
| <b>4. Acta parcial Nº04</b>       | 25/05/2026   | \$4.890.000       | \$39.120.000                           | \$19.560.000 |

|                                                                                                               |                                                                     |                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br>Gobernación<br>del Huila | SISTEMA DE GESTIÓN: MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN - MIPG |   |
|                                                                                                               |                                                                     | Código: DAC-C055-P1110-F09                                                                                                                                              |
| Fecha Aprobación:<br>04 de abril de 2025                                                                      | ACTA (PARCIAL O FINAL) DEL CONTRATO O CONVENIO                      | Versión: 7                                                                                                                                                              |
|                                                                                                               |                                                                     | Página 3 de 3                                                                                                                                                           |

|                      |            |              |              |              |
|----------------------|------------|--------------|--------------|--------------|
| 5. Acta parcial N°05 | 24/06/2026 | \$4.890.000  | \$39.120.000 | \$14.670.000 |
| 6. Acta parcial N°06 | 22/07/2026 | \$4.890.000  | \$39.120.000 | \$9.780.000  |
| TOTAL                |            | \$29.340.000 | \$39.120.000 | \$9.780.000  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                           |                 |           |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------|-----------|--|--|--|
| 2. CUMPLIMIENTO (PAGOS A SALUD, PENSIÓN, RIESGOS Y PARAFISCALES)                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                           |                 |           |  |  |  |
| Que la señora <b>CAROLINA ROCHA CASTRO</b> en calidad de contratista, se encuentra al día en el pago de los aportes en salud, pensión y ARL, según planilla N° <b>9506779252</b> el mes de <b>JULIO del 2026</b> con los siguientes valores:                                                                                     |                                                           |                 |           |  |  |  |
| Ingreso Base de Cotización (40%)                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                           | Tipo de Aportes | Valor     |  |  |  |
| \$1,956,000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                           | Salud           | \$244,500 |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                           | Pensión         | \$313,000 |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                           | ARL             | \$10.300  |  |  |  |
| CERTIFICACION DEL REVISOR FISCAL:                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Fecha de elaboración (dd/mm/aa):<br>Quien suscribe: _____ |                 |           |  |  |  |
| RECIBO A SATISFACCIÓN (POR PARTE DE LA INTERVENTORIA O SUPERVISIÓN)                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                           |                 |           |  |  |  |
| 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 06 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 22 de Junio al 21 de Julio 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 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

CAROLINA ROCHA CASTRO  
CONTRATISTA

NIDIA YURANI NOVOA SANCHEZ  
SUPERVISOR

|                                                     |                                                            |                         |                         |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 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       |

|                                                                                                                    |                                                                                   |                                                                                                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <p>Gobernación<br/>del Huila</p> | <p><b>SISTEMA DE GESTIÓN: MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN - MIPG</b></p> |   |
| <p><b>Fecha Aprobación:</b><br/>04 de abril de 2025</p>                                                            | <p><b>ACTA (PARCIAL O FINAL) DEL CONTRATO O CONVENIO</b></p>                      | <p><b>Código: DAC-C055-P1110-F09</b></p> <p><b>Versión: 7</b></p> <p><b>Página 4 de 3</b></p>                                                                           |