ACTA PARCIAL Y/O FINAL

1. DESCRIPCION GENERAL						
CLASE DE ACTA:	**FINAL:** _____ **PARCIAL:** X **No:** 01					
___ **CONTRATO DE:** ___ **CONVENIO DE:**	**COLABORACIÓN**	**Nº:**	**1071**	**AÑO**	**2026**	
CONTRATANTE:	DEPARTAMENTO DEL HUILA – SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL					
CONTRATISTA O CONVINIENTE:	**NOMBRE O RAZON SOCIAL:**	UNIÓN TEMPORAL SAN MATIAS				
	NIT O CC:	902.057.863-7				
	DIRECCIÒN:	CALLE 8 # 6-17	**TEL:**	317 5730749		
	CIUDAD:	NEIVA				
	REPRESENTANTE LEGAL:	MAYRA ALEJANDRA ZAMBRANO FIERRO				
	CC:	1.075.231.161				
OBJETO:	AUNAR ESFUERZOS Y RECURSOS INSTITUCIONALES PARA GARANTIZAR LA ATENCIÓN INTEGRAL A LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR Y VULNERABLE A CARGO TRANSITORIAMENTE DEL DEPARTAMENTO DEL HUILA					
REGISTRO PRESUPUESTAL:	No. 2854 de 2026 del 21/04/2026.					
CUENTA BANCARIA	No. **0550077700079351**_Banco. DAVIVIENDA Tipo de Cuenta: AHORROS					
VALOR INICIAL (CONTRATISTA):	$1.075.620.000					
	Valor en Letras: MIL MILLONES SETENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS VEINTE PESOS MDA/CTE.					
APORTANTE O CONVINIENTE: (Efectivo – Especie):	$ N.A					
	Valor en Letras: N.A					
	$ N.A.					
	Valor en Letras: N.A.					
	$ N.A.					
	Valor en Letras: N.A.					
VALOR ADICIONAL	**Nº1**	N.A.				
	Nº2	N.A.				
	Nº3	N.A.				
VALOR TOTAL	($1.075.620.000) MIL MILLONES SETENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS VEINTE PESOS MDA/CTE.					

Scanned with CamScanner

PLAZO INICIAL:	SEIS (06) MESES Y QUINCE (15) DIAS CONTADOS A PARTIR DEL ACTA DE INICIO.		
PLAZO ADICIONAL:	**Nº1**	N.A.	
	Nº2	N.A.	
	Nº3	N.A.	
PLAZO TOTAL:	SEIS (06) MESES Y QUINCE (15) DIAS CONTADOS A PARTIR DEL ACTA DE INICIO.		
FECHA DE INICIO: (dd/mm/aa)	DD 21 MM 04 AÑO 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____
	Nº4	**SUSPENSIÒN**	DD___MM___AÑO____
		REINICIACIÒN	DD___MM___AÑO____
FECHA DE TERMINACIÒN: (dd/mm/aa)	05/11/2026.		
FECHA DE LA PRESENTE ACTA: (dd/mm/aa)	21/07/2026.		
PERIODO QUE COMPRENDE LA PRESENTE ACTA: (dd/mm/aa)	DEL 21/04/2026 AL 30/04/2026		
PRESENTES HOY:	NOMBRE:	**CARLOS ANDRES MONTALVO ARCE**	
	EN CALIDAD DE:	SUPERVISOR	
	NOMBRE:	**MAYRA ALEJANDRA ZAMBRANO FIERRO**	
	EN CALIDAD DE:	REPRESENTANTE LEGAL	
	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
VALOR INCIAL DEL CONTRATO	21/04/2026		$1.075.620.000	$1.075.620.000
1. ACTA PARCIAL No.1	21/07/2026	$55.160.000	$1.075.620.000	$ 1.020.460.000
TOTAL		$55.160.000	$1.075.620.000	$ 1.020.460.000

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

Que el señor(a) UNION TEMPORAL SAN MATIAS, en calidad de contratista, se encuentra al día en el pago de los aportes en salud, pensión y ARL, según certificado suscrito por representante legal y contador de fecha 27/05/2026, según soporte planilla **No.** 37427313 del mes de **ABRIL** de 2026, con los siguientes valores:

Ingreso Base de Cotización (40%)	Tipo de Aportes		Valor
$19.114.203	Salud	12,5%	$ 2.409.200
	Pensión	16 %	$ 2.929.700
	ARL	1,044%	$ 202.500

CERTIFICACION DEL REVISOR FISCAL:	Fecha de elaboración **(-/-/-)**: Quien suscribe: _____

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

1. El contrato de colaboración 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 de colaboración se autorizan los siguientes pagos: **Pago parcial No. 01** del contrato 1071 de 2026, correspondiente al periodo comprendido del 21 al 30 de Abril de 2026, por el valor de **CINCUENTA Y CINCO MILLONES CIENTO SESENTA MIL PESOS MDA/CTE ($55.160.000).**
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.

Scanned with CamScanner

4. CUMPLIMIENTO DEL ARTICULO 50 DE LA LEY 789 DEL 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 porcentajes a pagar.

CÉSAR GERMÁN ROA TRUJILLO
SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL

MAYRA ZAMBRANO F.

MAYRA ALEJANDRA ZAMBRANO FIERRO
(CONTRATISTA)

CARLOS ANDRÉS MONTALVO ARCE
(INTERVENTOR O SUPERVISOR)

JUAN DAVID CASTILLO
APOYO JURIDICO

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

Scanned with CamScanner