ACTA PARCIAL Y/O FINAL

1. DESCRIPCION GENERAL					
CLASE DE ACTA:	FINAL: _____ PARCIAL: ___X___ No.:___1_____				
CONTRATO DE: X ___ CONVENIO DE:	PRESATACION DE SERVICIOS	Nº:	443	AÑO:	2021

CONTRATANTE:	DEPARTAMENTO DEL HUILA – SECRETARIA DE SALUD			
CONTRATISTA O CONVINIENTE:	NOMBRE O RAZON SOCIAL:	ARMANDO OSORIO QUINTERO		
	NIT O CC:	C.C. 7.687.611 Neiva - Huila		
	DIRECCIÒN:	Calle 21 sur número 21-91	TEL:	320 275 60 08
	CIUDAD:	Neiva Huila		
	REPRESENTANTE LEGAL:			
	CC:			
OBJETO:	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO A LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL PARA EL SEGUIMIENTO PRESUPUESTAL Y FINANCIERO A LA RED PÚBLICA DE SALUD EN LA ZONA 2 Y 4 DEL DEPARTAMENTO.			
REGISTRO PRESUPUESTAL:	No. 1046 FECHA (dd/mm/aa): 02/03/2021			
CUENTA BANCARIA	No. 45732706881 Banco : Banco de Colombia Tipo de Cuenta: Ahorros			
VALOR INICIAL (CONTRATISTA):	$25.200.000			
	Valor en Letras: VEINTICINCO MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE.			
APORTANTE O CONVINIENTE: (Efectivo – Especie):				
	$			
	Valor en Letras:			
	$			
	Valor en Letras:			
VALOR ADICIONAL	Nº1	$		
	Nº2	$		
	Nº3	$		
VALOR TOTAL	$25.200.000 VEINTICINCO MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE			
PLAZO INICIAL: (dd/mm/aa)	SEIS (6) MESES A PARTIR DE LA FIRMA DEL ACTA DE INICIO SIN EXCEDER EL 30 DE DICIEMBRE 2021			
PLAZO ADICIONAL:	Nº1			

(dd/mm/aa)	Nº2		
	Nº3		
FECHA DE INICIO: (dd/mm/aa)	03/03/2021/		
FECHA DE SUSPENSIÒN Y REINICIACIÒN: (dd/mm/aa)	Nº1	SUSPENSIÒN	
		REINICIACIÒN	
	Nº2	SUSPENSIÒN	
		REINICIACIÒN	
	Nº3	SUSPENSIÒN	
		REINICIACIÒN	
	Nº4	SUSPENSIÒN	
		REINICIACIÒN	
FECHA DE TERMINACIÒN: (dd/mm/aa)	02 DE SEPTIEMBRE DE 2021 ✓		
FECHA DE LA PRESENTE ACTA: (dd/mm/aa)	05 DE ABRIL DE 2021 ✓		
PERIODO QUE COMPRENDE LA PRESENTE ACTA: (dd/mm/aa)	DEL 03 DE MARZO DE 2021 AL 02 DE ABRIL DE 2021 ✓		
PRESENTES HOY:	NOMBRE:	EDUARDO GARCIA CHACON	
	EN CALIDAD DE:	SUPERVISOR	
	NOMBRE:	ARMANDO OSORIO QUINTERO	
	EN CALIDAD DE:	CONTRATISTA	
	NOMBRE:	CESAR ALBERTO POLANIA SILVA	
	EN CALIDAD DE:	SECRETARIO O DIRECTOR DE DESPACHO	

2. ACTAS

DESCRIPCIÒN	FECHA	VALOR ACTA	VALOR DEL (CONTRATO O CONVENIO)	SALDO
1. ACTA PARCIAL N° 01	05/04/21	$4.200.000	$25.200.000	$21.000.000
2. ACTA PARCIAL N° 02			$25.200.000	
3. ACTA PARCIAL N° 03			$25.200.000	
4. ACTA PARCIAL N° 04			$25.200.000	
5. ACTA PARCIAL N° 05			$25.200.000	
6. ACTA PARCIAL N° 06			$25.200.000	
TOTAL		$4.200.000	$25.200.000	$21.000.000

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

Que el señor **ARMANDO OSORIO QUINTERO** en calidad de contratista, se encuentra al día en el pago de los aportes en salud, pensión y ARL, según planilla No. 9417502839 del mes de Marzo, con los siguientes valores:

Ingreso Base de Cotización (40%)	Tipo de Aportes		Valor
$2.208.000.oo	Salud	12,5%	$276.000
	Pensión	16 %	$353.300
	ARL	2.436%	$53.800

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

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: Informe parcial No. 1 por $4.200.000
3. La secretaría 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 la actividad presentada.
4. Que las partes contratantes se encuentran cumpliendo con lo pactado, por lo que de común acuerdo imparten la aprobación a la presente acta parcial.

CESAR ALBERTO POLANIA SILVA
SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL

ARMANDO OSORIO QUINTERO
CONTRATISTA

EDUARDO GARCIA CHACON
SUPERVISOR