GOBERNACIÓN DE BOYACÁ	**FORMATO**	**VERSIÓN: 0**
		CÓDIGO: A-AD-GC-F-042
ACTA PARCIAL		**FECHA: 24/Jul/2019**

ACTA PARCIAL	1	
FECHA PRESENTE ACTA	31/08/2021	
CONTRATO_____CONVENIO__X__	2160	DE FECHA: 09/07/2021
OBJETO	FINANCIAR LOS GASTOS DE LA OPERACIÓN DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD DE LA ESE PARA LA VIGENCIA 2021 CON RECURSOS DE SUBSIDIO A LA OFERTA ASIGNADOS AL DEPARTAMENTO DE BOYACÁ	
CONTRATISTA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE MOTAVITA **R/L** Ángela Xiomara Hoyos Gomez	NIT:820003404-0
		C.C: 33365670
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR	LYDA MARCELA PEREZ RÁMIREZ	C.C: 46670758
VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO :	VALOR INICIAL : $175.063.790,00	
	APORTE DEPARTAMENTO: $ 0,00	
	APORTE DE CONTRAPARTE: $ 0,00	
ADICIONAL N° ___N/A_____	VALOR $ 0,00	
ADICIONAL N° ____N/A____	VALOR $ 0,00	
VALOR TOTAL CON ADICIONES	$175.063.790,00	
PLAZO INICIAL	A partir de la firma del Acta de Inicio y que no supere el 31/12/2021	
PRORROGA N°___N/A_	Tiempo: N/A	De Fecha: N/A
PRORROGA N°____N/A_	Tiempo: N/A	De Fecha: N/A
PLAZO TOTAL	A partir de la firma del Acta de Inicio y que no supere el 31/12/2021	
FECHA DE INICIACIÓN	09/07/2021	
ACTA DE SUSPENSIÓN N° _N/A_	De Fecha: **N/A**	
ACTA DE REINICIACIÓN N° _N/A___	De Fecha: **N/A**	
FECHA DE TERMINACIÓN	31/12/2021	
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	**N/A**	
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	DEL 9 DEJULIO DE 2021 A 31 DE AGOSTO DE 2021	
RBPP N°	2020 00415 0131	

No/s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No: **5028** AÑO: **2021.**

En las oficinas de DIRECCION DE PRESTACION DE SERVICIOS se reunieron los señores, **LYDA MARCELA PEREZ RÁMIREZ** Supervisor y el/la señor/a **Ángela Xiomara Hoyos Gomez** como representante legal o contratista, con el fin de suscribir la presente acta.

En visita al lugar de los trabajos se constató, que lo ejecutado está de acuerdo con las especificaciones, características y condiciones estipuladas en el contrato o convenio y registradas en los informes, por tanto el suscrito supervisor recibe satisfactoriamente y autoriza el pago como lo registra la presente acta; igualmente certifica que el CONTRATISTA cumplió con sus aportes al régimen de Seguridad Social en Salud, Pensión, Riesgos profesionales y Parafiscales (Cuando Aplique) de acuerdo a la(s) planilla (s) N° **N/A** del mes (es) **N/A** de conformidad con la normatividad vigente.

CONTROL ANTICIPOS

Valor Anticipo	$87.531.895,00
Sumatoria Amortizaciones	$87.531.895,00
Saldo por Amortizar	$ 0,00

**Nota al anticipo: En los casos en los que existan diferentes fuentes de financiación debe discriminarse el anticipo por cada fuente de financiación, según hoja anexa de fuentes de financiación (aclarar dentro de las observaciones), diligenciar y copiar cuadro el cual debe reflejarse en el espacio asignado en observaciones o aclaraciones de la presente acta.*

BALANCE DE PAGO

CONCEPTO	DEBE	HABER
Valor del contrato	$175.063.790,00	$ 0,00
Amortización Anticipo	$ 0,00	$87.531.895,00
Valor a pagar de la presente acta	$ 0,00	$35.012.758,00
Valor Total actas pagadas	$ 0,00	$ 0,00
Saldo por ejecutar	$ 0,00	$52.519.137,00
Sumas iguales	**$175.063.790,00**	**$175.063.790,00**

**Nota al balance: En los casos en los que existan diferentes fuentes de financiación debe discriminarse el balance por cada fuente según hoja anexa (fuentes de financiación- Balance) , diligenciar y copiar cuadro el cual debe reflejarse en el espacio asignado en observaciones o aclaraciones de la presente acta.*

CUENTA BANCARIA EN LA QUE SE CONSIGNA EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA

No. CUENTA: 606-000005-19	BANCO: BANCOLOMBIA S.A.	AHORROS:	CORRIENTE: X

*Las cantidades y valores consignados en la presente acta son responsabilidad exclusiva del contratista e interventor y/o supervisor. El pago de la presente acta se realizará con base en el principio de confiabilidad y responsabilidad con que el Interventor y/o Supervisor y el contratista realizan las mediciones en campo y las revisiones efectuadas a los informes por parte del Interventor y/o Supervisor.

OBSERVACIONES O ACLARACIONES: Se anexa Certificación de Paz y Salvo del SGSSS por parte la ESE.

No siendo otro el objeto de la presente reunión se firma el acta por los que en ella intervinieron.

Firma: _____
Nombre: **LYDA MARCELA PEREZ RÁMIREZ**
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____
Nombre: **R/L** Ángela Xiomara Hoyos Gomez
CONTRATISTA: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE MOTAVITA

GOBERNACIÓN DE BOYACÁ
SECRETARIA CONTRATACIÓN
REVISADO
Olga Inés Vargas Malaver
24-09-2021

* Si se requieren se pueden adicionar mas firmas.

ANEXO: PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL MES CORRESPONDIENTE
ANEXO: LIQUIDACIÓN PARAFISCALES (CUANDO APLIQUE)
ANEXO: FORMATO SABANA - CUADRO DE CONDICIONES ACTUALIZADAS DE CANTIDADES (CUANDO APLIQUE)
ANEXO: INFORME COMPLETO DE ACTIVIDADES FIRMADO POR EL CONTRATISTA Y EL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR.