Gobernación de Boyacá	**FORMATO**	**VERSIÓN: 1**
		CÓDIGO: A-AD-GC-F-040
ACTA DE LIQUIDACIÓN DE CONVENIO		**FECHA: 07/Oct/2021**

FECHA PRESENTE ACTA	04 DE JULIO DE 2024			
CONVENIO INTERADMINISTRATIVO____ CONVENIO INTERINSTITUCIONAL_____ CONTRATO INTERADMINISTRATIVO __X__			Nro.1987	DE FECHA: 19/04/2023
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA REALIZAR LA CONCURRENCIA Y LA INTEGRACION DE LOS PLANES DE BENEFICIOS MEDIANTE EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DEPARTAMENTAL NRO. 111			
CONTRATISTA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE TOGUI			NIT:820003435-9
	LINA ROSA ABRIL SANCHEZ			CC:40046185
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR	MANUEL ALFONSO MEDINA CAMARGO			CC:7169525
VALOR DEL CONVENIO :	VALOR :	$ 25.202.400,00		
	APORTE DEPARTAMENTO:	$ 0,00		
	APORTE DE CONTRAPARTE:	$ 0,00		
ADICIONAL N° ___NA_____	VALOR	$ 0,00		
ADICIONAL N° ___NA_____	VALOR	$ 0,00		
VALOR TOTAL CON ADICIONES	$ 25.202.400,00			
PLAZO INICIAL	A PARTIR DEL ACTA DE INICIO HASTA EL 29 DE DICIEMBRE DE 2023			
PRORROGA N° __NA___	Tiempo:	NA	De Fecha:	NA
PRORROGA N° __NA___	Tiempo:	NA	De Fecha:	NA
PLAZO TOTAL	A PARTIR DEL ACTA DE INICIO HASTA EL 29 DE DICIEMBRE DE 2023			
FECHA DE INICIACIÓN	20/04/2023			
ACTA DE SUSPENSIÓN N° ___NA_	De Fecha:	NA		
ACTA DE REINICIACIÓN N° ___NA_	De Fecha:	NA		
FECHA DE TERMINACIÓN	29/12/2023			
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	29/12/2023			
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	20/04/2023 AL 29/12/2023			
RBPP N°	2022 00415 0322			

N°s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No:_3778_AÑO: _2023_, "

Los suscritos, WILLIAM YESID ARCHILA CARDENAS, mayor de edad, domiciliado en TUNJA, identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 4.208.570 de PAZ DE RIO, Delegado para la contratación mediante Decreto N° 093 de fecha 1 DE FEBRERO DE 2019 y que para efectos del presente contrato se denominará el DEPARTAMENTO (quien firma atendiendo al principio de buena fe, previsto en el articulo 83 Consitucional), por una parte y por la otra parte, LINA ROSA ABRIL SANCHEZ , mayor de edad e identificado con la cédula de ciudadanía No. CC:40046185 quien obra en calidad de contratista y quien en adelante se denominará EL CONTRATISTA, y el señor (a) MANUEL ALFONSO MEDINA CAMARGO INTERVENTOR / SUPERVISOR , hemos acordado suscribir la presente acta de liquidación de mutuo acuerdo, la cual tiene como soportes los informes presentados por la interventoria y/o supervision del contrato Nro.1987-2023 quien certifica que el mismo se efectuó de acuerdo a las especificaciones técnicas, económicas y demás condiciones estipuladas en el contrato para su ejecución, por tanto el suscrito interventor 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° NO APLICA de conformidad con la normatividad vigente.

ADICIONALES

No.	FECHA	TIEMPO	VALOR	APORTES ADICIONAL REALIZADO POR:
1	00/01/1900	NA	$ 0,00	
2			$ 0,00	
3			$ 0,00	

CONTRATOS CELEBRADOS CON OCASIÓN DEL CONVENIO

No.	FECHA	OBJETO	VALOR CONTRATADO	VALOR EJECUTADO	CONTRATISTA
1			$ 0,00	$ 0,00	
2			$ 0,00	$ 0,00	
3			$ 0,00	$ 0,00	
TOTALES			$ 0,00	$ 0,00	

CONTROL ANTICIPOS

Valor Anticipo	$ 10.080.960,00
Sumatoria Amotizaciones	$ 10.080.960,00
Saldo por Amortizar	$ 0,00

**Nota al anticipo: En los casos en los que existan diferentes fuentes de financiacion debe discriminarse el anticipo por cada fuente de financiacion, segun hoja anexa de fuentes de financiacion (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 Aporte Departamento	25.202.400,00	
Valor Aporte Contraparte	-	-
Amortización Anticipo		10.080.960,00
Valor a pagar de la presente acta		**13.978.940,00**
Valor Total actas pagadas Departamento		-
Valor ejecutado por la Contraparte		-
Saldo sin ejecutar Departamento (Liberar por el Departamento)		1.142.500,00
Saldo sin ejecutar Contraparte		-
Valor a Reintegrar al Departamento (Cuando aplique)		-
Sumas iguales	$ 25.202.400,00	$ 25.202.400,00

SECRETARIA DE CONTRATACION
RADICADO
SECCON- 0799 -2024

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

Rendimientos Financieros (si los hubiere) $ 0,00

Reintegrar a la Cuenta Bancaria No. 39083324-2 del Banco de Occidente Departamento de Boyacá

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

No. CUENTA: 176769998152	BANCO DAVIVIENDA	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.

CLAUSULAS: PRIMERA - PAZ Y SALVO: El contratista se declara a paz y salvo por todo concepto derivado del Contrato Interadministrativo Nro.1987 DE FECHA: 19/04/2023. SEGUNDA – MANIFESTACIÓN: las partes manifiestan libremente que han procedido a la lectura total y cuidadosa del presente documento, por lo que en consecuencia, se obligan a todo lo ordenado y manifestado. Para constancia firman los que en ella intervinieron:

OBSERVACIONES O ACLARACIONES:

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

Firma: _____
Nombre: MANUEL ALFONSO MEDINA CAMARGO
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____
Nombre: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE TOGUI
CONTRATISTA
LINA ROSA ABRIL SANCHEZ

Firma: _____
Nombre: OSCAR MANUEL JIMENEZ ESPINOSA
SECRETARIO SECTORIAL

Firma: _____
Nombre: WILLIAM YESID ARCHILA CARDENAS
DEPARTAMENTO DE BOYACÁ

SECRETARIA DE CONTRATACION
REVISADO
LAURA PINILLA PINILLA
FECHA 04/07/2024

* 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.

Original: Archivo Carpeta Secretaria de Contratación **Copias: Orden de Pago Tesoreria, Contratista, Supervisor y/o Interventor**