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

| | | | |
|---|---|---|---|
| FECHA PRESENTE ACTA | 02 DE SEPTIEMBRE DE 2024 | | |
| CONVENIO INTERADMINISTRATIVO____ CONVENIO INTERINSTITUCIONAL_____ CONTRATO INTERADMINISTRATIVO __X__ | | No. 3534 | DE FECHA: 23/11/2023 |
| OBJETO | GARANTIZAR LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA ATENCION DE LA POBLACION INIMPUTABLE POR TRASTORNO MENTAL CON MEDIDA DE SEGURIDAD CONSISTENTE EN LA INTERNACION EN ESTABLECIMIENTO PSIQUIATRICO PARA LA VIGENCIA 2023 | | |
| CONTRATISTA | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE BOYACA | | NIT: 891.800.982-3 |
| | DIANA CATALINA DELGADO JIMENEZ | | C.C: 46.377.505 |
| INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR | RODRIGO ANTONIO ORTEGA SALAMANCA | | C.C: 7.169.506 |
| VALOR DEL CONVENIO : | VALOR : | $ 186.553.172 | |
| | APORTE DEPARTAMENTO: | $ 0.00 | |
| | APORTE DE CONTRAPARTE: | $ 0.00 | |
| ADICIONAL N° _____ | VALOR | $ 0.00 | |
| ADICIONAL N° _____ | VALOR | $ 0.00 | |
| VALOR TOTAL CON ADICIONES | $ 186.553.172 | | |
| PLAZO INICIAL | UN (1) MES Y SIETE (7) DIAS | | |
| PRORROGA N° ____ | Tiempo: | De Fecha: | |
| PRORROGA N° ____ | Tiempo: | De Fecha: | |
| PLAZO TOTAL | UN (01) MES Y SIETE (7) DIAS | | |
| FECHA DE INICIACIÓN | 23/11/2023 | | |
| ACTA DE SUSPENSIÓN N° _____ | De Fecha: | | |
| ACTA DE REINICIACIÓN N° _____ | De Fecha: | | |
| FECHA DE TERMINACIÓN | 31/12/2023 | | |
| FECHA DE TERMINACIÓN REAL | | | |
| PERIODO AUTORIZADO A PAGAR | 23/11/2023 AL 31/12/2023 | | |
| RBPP N° | 2022-00415-0271-A1 | | |

No/s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No:___9870_____ AÑO: ___2023__, RPC No: _____ AÑO_____.

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 ___01 DE FEBRERO -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 Constitucional), por una parte y por la otra parte, _DIANA CATALINA DELGADO JIMENEZ_, mayor de edad e identificado con la cédula de ciudadanía No. _46.377.505___ expedida en ___SOGAMOSO___ quien obra en calidad de contratista y quien en adelante se denominará EL CONTRATISTA, y el señor _RODRIGO ANTONIO ORTEGA SALAMANCA__ INTERVENTOR / SUPERVISOR, hemos acordado suscribir la presente acta de liquidación de mutuo acuerdo, la cual tiene como soportes los informes presentados por la interventoría y/o supervisión del contrato (____3534 DE 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° __28346039-28589509___ del mes (es)_____NOVIEMBRE Y DICIEMBRE_____ de conformidad con la normatividad vigente.

**ADICIONALES**

| No. | FECHA | TIEMPO | VALOR | APORTES ADICIONAL REALIZADO POR: |
|---|---|---|---|---|
| 1 | | | $ 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 | $ 0.00 |
| Sumatoria Amortizaciones | $ 0.00 |
| 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 Aporte Departamento | $ 186.553.172 | |
| Valor Aporte Contraparte | | |
| Amortización Anticipo | | |
| Valor a pagar de la presente acta | | 180.120.304 |
| Valor Total actas pagadas Departamento | | |
| Valor ejecutado por la Contraparte | | |
| Saldo sin ejecutar Departamento ( Liberar por el Departamento) | | 6.432.868 |
| Saldo sin ejecutar Contraparte | | |
| Valor a Reintegrar al Departamento (Cuando aplique) | | |
| Sumas iguales | $ 186.553.172 | $ 186.553.172 |

Gobernación de Boyacá | Contratación
RADICADO
SECCON- 1108 -2024

**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.*

**Rendimientos Financieros (si los hubiere)** $ 0.00

Reintegrar a la Cuenta Bancaria No. _____ del Banco _____ Departamento de Boyacá

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. CUENTA: 0560176369999394 | 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 de _23 DE NOVIEMBRE_ No. _3534_ de _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: RODRIGO ANTONIO ORTEGA SALAMANCA
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____
Nombre: DIANA CATALAINA DELGADO JIMENEZ
CONTRATISTA

Firma: _____
Nombre: OSCAR JIMENEZ
SECRETARIO SECTORIAL

Firma: _____
Nombre:
DEPARTAMENTO DE BOYACÁ

Gobernación de Boyacá | Contratación
REVISADO
LAURA PINILLA PINILLA
FECHA 02/09/2024

* 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 Contratacion Copias: Orden de Pago Tesoreria, Contratista, Supervisor y/o Interventor