GOBERNACIÓN DE Boyacá	FORMATO	VERSIÓN: 0
		CÓDIGO: A-AD-GC-F-035
ACTA DE LIQUIDACIÓN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		FECHA: 24/Jul/2019

FECHA PRESENTE ACTA	30 DE DICIEMBRE DE 2024		
CONTRATO No.	899	DE FECHA: 08 DE MARZO DE 2024	
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA REALIZACIÓN DE EVALUACIONES MEDICAS OCUPACIONALES, VALORACIONES COMPLEMENTARIAS Y MANEJO DE HISTORIAS CLINICAS OCUPACIONALES		
CONTRATISTA	ZONA MEDICA Y CARVAJAL IPS UT		NIT: 901.578.391-4
	JUAN PABLO CARVAJAL ROJAS		C.C: 91.496.249
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR	DEISY SARITA RINCON ALFONSO		C.C: 1.052.389.520
VALOR DEL CONTRATO	VALOR INICIAL :	$ 130.000.000,00	
	APORTE DEPARTAMENTO:	$ 0,00	
	APORTE DE CONTRAPARTE:	$ 0,00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$ 0,00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$ 0,00	
VALOR TOTAL CON ADICIONES	$ 130.000.000,00		
PLAZO INICIAL	NUEVE (9) MESES contados a partir de la suscripción del acta de inicio.		
PRORROGA N° _____	Tiempo:	De Fecha:	
PRORROGA N° _____	Tiempo:	De Fecha:	
PLAZO TOTAL	NUEVE (9) MESES contados a partir de la suscripción del acta de inicio.		
FECHA DE INICIACIÓN	19 DE MARZO DE 2024		
ACTA DE SUSPENSIÓN N° _____	De Fecha:		
ACTA DE REINICIACIÓN N° _____	De Fecha:		
FECHA DE TERMINACIÓN	18 DE DICIEMBRE DE 2024		
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	18 DE DICIEMBRE DE 2024		
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	DEL 01 DE OCTUBRE AL 18 DE DICIEMBRE DE 2024		
RBPP N°			

No/s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No:____1643___ AÑO: _2024____, RPC No: _____ AÑO_____.

WILLIAM YESID ARCHILA CARDENAS, mayor de edad, domiciliado en _Tunja, identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 4.208.570 de Paz del Rio, Delegado para la contratación mediante Decreto N° 093 de fecha 01 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 articulo 83 constitucional), por una parte y por la otra parte, JUAN PABLO CARVAJAL ROJAS, mayor de edad e identificado con la cédula de ciudadanía No. 91.496.249 expedida en Bucaramanga, quien obra en calidad de contratista y quien en adelante se denominará EL CONTRATISTA, hemos acordado celebrar la presente acta de liquidación, de acuerdo a las siguientes CONSIDERACIONES: 1) Que el Contrato de Prestación de Servicios No. 0899 de 2024, fijó un PLAZO DE EJECUCIÓN, de Nueve (09) meses contados a partir de la firma del acta de inicio. 2) el contrato de Prestacion de Servicios se terminó por cumplimento del plazo y objeto contractual, por tal razón se debe liquidar en el término legal (si ésta consideración no aplica se requiere ajustarla al caso concreto). 3) Que el interventor o supervisor del contrato de Prestación de Servicios certificó el cumplimiento hasta el 18 de diciembre del 2024. (Si ésta consideración no aplica se debe ajustar según el caso y si se requiere, adicionar otras consideraciones). 4) Que la presente liquidación se realiza en cumplimiento de lo establecido en la Ley 80 de 1993 y la Ley 1150 de 2007. El presente documento se regirá por las siguientes cláusulas:

CLAUSULA: PRIMERA - LIQUIDACION: Liquidar de común acuerdo el Contrato de Prestación de Servicios No. 0899 suscrito entre el DEPARTAMENTO Y EL CONTRATISTA, de acuerdo a la información contenida en el estado de cuenta y certificado de cumplimiento a satisfacción (acta de recibo final), expedido por el supervisor/interventor del contrato de Prestación de Servicios, en los siguientes términos:

CONTROL ANTICIPOS

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

BALANCE DE PAGO

CONCEPTO	DEBE	HABER
Valor del contrato	$ 130.000.000,00	
Amortización Anticipo		
Valor a pagar de la presente acta		$ 49.971.163,00
Valor Total actas pagadas		$ 80.025.000,00
Saldo sin ejecutar (Liberar por el Departamento)		$ 3.837,00
Valor a Reintegrar al Departamento (Cuando aplique)		
Sumas iguales	$ 130.000.000,00	$ 130.000.000,00

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

No. CUENTA: 003800235396	BANCO: DAVIVIENDA	AHORROS: X	CORRIENTE:

*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.

SEGUNDA - DOCUMENTOS: Hacen parte integral de esta acta, el estado de cuenta y certificado de cumplimiento a satisfacción del objeto del contrato (acta de recibo final), expedido por el supervisor/interventor del contrato, todos los documentos que reposan en el contrato de Prestación de Servicios y los allegados, para realizar el trámite de liquidación del mismo. TERCERA – PAZ Y SALVO: Las partes se declaran a paz y salvo por todo concepto derivado del Contrato de Prestación de Servicios No. 0899 de 2024 incluyendo el Pago de aportes al Sistema de Seguridad Social y Parafiscales si aplica de acuerdo a la normatividad vigente. CUARTA – 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.

OBSERVACIONES O ACLARACIONES:

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

Firma: _____
Nombre: DEISY SARITA RINCON ALFONSO
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____
Nombre: ZONA MEDICA Y CARVAJAL IPS UT
REP. LEGAL: JUAN PABLO CARVAJAL ROJAS
CONTRATISTA

Gobernación de Boyacá | Contratación
RADICADO
SECCON-2598 -2024

Firma: _____
Nombre: GERMAN ALEXANDER ARANGUREN AMAYA
SECRETARIO SECTORIAL

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

Gobernación de Boyacá | Contratación
REVISADO
LEIDY HERILET PORRAS ROA
FECHA DIC-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 Secretaría de Conratación Copias: Orden de Pago Tesorería, Contratista, Supervisor y/o Interventor