	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD LA UVITA	**VERSIÓN: 1**
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	**CÓDIGO: FTO-ES-AP**
ACTA PARCIAL		**FECHA: Dic/2024**

ACTA PARCIAL	1		
FECHA PRESENTE ACTA	19/12/2024		
CONTRATO _x_ CONVENIO _____	47	DE FECHA: 1 AGOSTO 2023	
OBJETO	“INTERVENTORÍA TÉCNICA, JURÍDICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA PARA LA “CONSTRUCCIÓN DE LA NUEVA E.S.E CENTRO DE SALUD DEL MUNICIPIO DE LA UVITA, BOYACÁ”		
CONTRATISTA	UNION TEMPORAL INTER UVITA		NIT:901738692-3
	ANDRES DAVID MENDIVELSO ALVAREZ		C.C:1.054.254.612
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR	DRA ANDREA CATALINA PINZON BOTIA		C.C:1.020.779.397
VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO :	VALOR INICIAL :	$ 198.128.146,00	
	APORTE DEPARTAMENTO:	$ 0,00	
	APORTE DE CONTRAPARTE:	$ 0,00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$ 0,00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$ 0,00	
VALOR TOTAL CON ADICIONES	$ 198.128.146,00		
PLAZO INICIAL	CINCO (5)MESES		
PRORROGA N° ___01__	Tiempo: 4 MESES SIN QUE SUPERE EL 17 DE ABRIL DE 2024	De Fecha: 29 DICIEMBRE 2023	
PRORROGA N° ___02_	Tiempo: 2 MESES SIN QUE SUPERE EL 27 DE JUNIO DE 2024	De Fecha: 23 ABRIL 2024	
PRORROGA N° ___03__	Tiempo: 45 DIAS SIN QUE SUPERE EL 11 DE AGOSTO DE 2024	De Fecha: 27 DE JUNIO DE 2024	
PRORROGA N° ___04_	Tiempo: 3 MESES Y DOS DÍAS SIN QUE SUPERE EL 13 DE NOVIEMBRE/2024	De Fecha: 10 AGOSTO 2024	
PRORROGA N° ___05_	Tiempo: 6 MESES SIN QUE SUPERE EL 13 DE MAYO DE 2025	De Fecha: 13 NOVIEMBRE 2024	
PLAZO TOTAL	VEINTE (20) MESES Y CUARENTA Y CINCO (45) DIAS		
FECHA DE INICIACIÓN	16 DE AGOSTO DE 2023		
ACTA DE SUSPENSIÓN N° ___01__	De Fecha: 29 DICIEMBRE 2023		
ACTA DE REINICIACIÓN N° _____	De Fecha: 10 ENERO 2024		
FECHA DE TERMINACIÓN	31-dic-23		
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	13-may-25		
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	16 DE AGOSTO DE 2023 HASTA 30 DE NOVIEMBRE DE 2024		

No/s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No:2023-089_ AÑO: 2023_.

En las oficinas de la ESE CENTRO DE SALUD DE LA UVITA se reunieron los señores, DRA. ANDREA CATALINA PINZON BOTIA / Supervisor y el señor ANDRES DAVID MENDIVELO ALVAREZ 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, caracteristicas 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° 9455642143, 9457046574, 9458308189, 9459704213, 9463630227, 9446247495, 9466421550, 9465030489, 9467951601, 9461268896, 9436630227, 9461024142, 72924354, 72924429, 72925124, 73429283, 9459946045, 9476732081, 27837136, 28102389, 28324604, 28575180, 28965447, 29140317, 29459745, 29701819, 30002700, 30292244, 30514644, 30824690, 31268106, 31436335, 31784611 del mes (es) AGOSTO DE 2023 A NOVIEMBRE DE 2024 de conformidad con la normatividad vigente.

CONTROL ANTICIPOS

Valor Anticipo	$ 39.625.629,20
Sumatoria Amotizaciones	$ 39.625.629,20
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*

BALANCE DE PAGO

CONCEPTO	DEBE	HABER
Valor del contrato	198.128.146,00	
Amortización Anticipo		39.625.629,20
Valor a pagar de la presente acta		116.253.859,80
Valor Total actas pagadas		
Saldo por ejecutar		42.248.657,00
Sumas iguales	198.128.146,00	198.128.146,00

**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*

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

No. CUENTA: 616977997	BANCO: BANCO DE BOGOTÁ	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.

OBSERVACIONES O ACLARACIONES:

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

Firma: _____

Nombre: ANDREA CATALINA PINZON BOTIA

SUPERVISOR

Firma: _____

Nombre: ANDRES DAVID MENDIVELSO ALVAREZ

CONTRATISTA INTERVENTORÍA

* 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 Contratación **Copias: Orden de Pago Tesorería, Contratista, Supervisor y/o Interventor**