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

FECHA PRESENTE ACTA	10-03-2025		
CONVENIO INTERADMINISTRATIVO___ CONVENIO INTERINSTITUCIONAL____ CONTRATO INTERADMINISTRATIVO **X**		No. 3990	DE FECHA:16/10/2024
OBJETO	AUNAR ESFUERZOS ADMINISTRATIVOS PARA PRESTAR LOS SERVICIOS DE SALUD A LA POBLACIÓN INIMPUTABLE ATENDIDA EN EL DEPARTAMENTO.		
CONTRATISTA	ENTIDAD: ESE CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE BOYACA		NIT:891.800.982-3
	R/L: DIANA CATALINA DELGADO JIMENEZ		C.C: 46.377.505
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR	MONICA LILIANA SUAREZ BLANCO		C.C: 24.059.984
VALOR DEL CONVENIO :	VALOR :	$ 491.645.700,00	
	APORTE DEPARTAMENTO:	$ 491.645.700,00	
	APORTE DE CONTRAPARTE:	$ 0,00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$ 0,00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$ 0,00	
VALOR TOTAL CON ADICIONES		$ 491.645.700,00	
PLAZO INICIAL	31 DE DICIEMBRE DE 2024		
PRORROGA N° _____	Tiempo:NA	De Fecha:	
PRORROGA N° _____	Tiempo:NA	De Fecha:	
PLAZO TOTAL	31 DE DICIEMBRE DE 2024		
FECHA DE INICIACIÓN	22 DE OCTUBRE DE 2024		
ACTA DE SUSPENSIÓN N° _____	De Fecha: NA		
ACTA DE REINICIACIÓN N° _____	De Fecha: NA		
FECHA DE TERMINACIÓN	31 DE DICIEMBRE DE 2024		
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	NA		
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	DESDE EL 01/12/2024 HASTA EL 31/12/2024		
RBPP N°	2024 00415 0119		

No/s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No: 8712 AÑO: 2024,

Los suscritos, (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 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 MONICA LILIANA SUAREZ BLANCO 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 convenio (3990) 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° 32019661 del mes (es) de diciembre de 2024. 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	$ 491.645.700,00	$ 0,00
Valor Aporte Contraparte		$ 0,00
Amortización Anticipo		$ 0,00
Valor a pagar de la presente acta		$ 168.695.800,00
Valor Total actas pagadas Departamento		$ 217.672.000,00
Valor ejecutado por la Contraparte		$ 0,00
Saldo sin ejecutar Departamento (Liberar por el Departamento)		$ 105.277.900,00
Saldo sin ejecutar Contraparte		$ 0,00
Valor a Reintegrar al Departamento (Cuando aplique)		$ 0,00
Sumas iguales	$ 491.645.700,00	$ 491.645.700,00

**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.*

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 Convenio No. 3990 de 2024. 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: MONICA LILIANA SUAREZ BLANCO
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____
Nombre: DIANA CATALINA DELGADO
CONTRATISTA

Firma: _____
Nombre: OSCAR MANUEL JIMENEZ ESPINOSA
SECRETARIO SECTORIAL

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

* Si se requieren se pueden adicionar mas firmas.

Gobernación de Boyacá | Contratación
RADICADO
SECCON- 0224 - 2025

Gobernación de Boyacá Contratación
REVISADO
ERIKA XIMENA RODRIGUEZ FONSECA
Fecha: 10-03-2025

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