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

FECHA PRESENTE ACTA	21 DE ABRIL DE 2025			
CONVENIO INTERADMINISTRATIVO____ CONVENIO INTERINSTITUCIONAL_____ CONTRATO INTERADMINISTRATIVO _X_			Nro.1832	DE FECHA: 25/04/2024
OBJETO	PRESTACION DE SERVICIOS PARA LA EJECUCION DE ACCIONES DE CONCURRENCIA DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DEPARTAMENTO DE BOYACÁ NRO. 8			
CONTRATISTA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD LAS MERCEDES CALDAS ANYELA LIZETH ALARCON PINILLA			NIT:820003456-3 CC:1051184631
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR	JOSE DAVID MUÑOZ BELTRAN			CC:1019013549
VALOR DEL CONVENIO :	VALOR : 13.422.000,00			
	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	$ 13.422.000,00			
PLAZO INICIAL	A PARTIR DEL ACTA DE INICIO HASTA EL 15 DE DICIEMBRE DE 2024			
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 15 DE DICIEMBRE DE 2024			
FECHA DE INICIACIÓN	15/05/2024			
ACTA DE SUSPENSIÓN N° ___NA_	De Fecha: NA			
ACTA DE REINICIACIÓN N° ___NA_	De Fecha: NA			
FECHA DE TERMINACIÓN	15/12/2024			
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	13/12/2024			
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	15/05/2024 AL 13/12/2024			
RBPP N°	2024 00415 0013			

N°s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No:_3252_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 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, ANYELA LIZETH ALARCON PINILLA , mayor de edad e identificado con la cédula de ciudadanía No. CC:1051184631 quien obra en calidad de contratista y quien en adelante se denominará EL CONTRATISTA, y el señor (a) JOSE DAVID MUÑOZ BELTRAN 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.1832-2024 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			$ 0,00	
2			$ 0,00	
3			$ 0,00	

CONTRATOS CELEBRADOS CON OCASION 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	$ 5.368.800,00
Sumatoria Amotizaciones	$ 5.368.800,00
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	13.422.000,00	
Valor Aporte Contraparte	-	-
Amortización Anticipo		5.368.800,00
Valor a pagar de la presente acta		1.863.200,00
Valor Total actas pagadas Departamento		-
Valor ejecutado por la Contraparte		-
Saldo sin ejecutar Departamento (Liberar por el Departamento)		6.190.000,00
Saldo sin ejecutar Contraparte		-
Valor a Reintegrar al Departamento (Cuando aplique)		-
Sumas Iguales	$ 13.422.000,00	$ 13.422.000,00

**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 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.

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

No. CUENTA: 705-17679-0	BANCO AV VILLAS	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.1832 DE FECHA: 25/04/2024. 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:

Gobernación de Boyacá | Contratación
RADICADO
SECCON- 0464- 2025

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

Firma: _____
Nombre: JOSE DAVID MUÑOZ BELTRAN
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____
Nombre: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD LAS MERCEDES CALDAS
CONTRATISTA
ANYELA LIZETH ALARCON PINILLA

Firma: _____
Nombre: OSCAR MANUEL JIMENEZ ESPINOSA
SECRETARIO SECTORIAL

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

Gobernación de Boyacá Contratación
REVISADO
ANA MARIA ROJAS BERNAL
Fecha: 21.04.2025

* 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**

Banco AV Villas
NIT. 860.035.827-5

BANCO COMERCIAL
"AV VILLAS"

NIT: 860.035.827-5

CRA.13 27 – 47 P-24 BOGOTA D.C.

CERTIFICA:

Que la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD LAS MERCEDES,** identificado (a) con el documento **NIT 820.003.456-3,** posee en la oficina **CHIQUINQUIRA (705),** la cuenta corriente **No 705-17679-0** desde el 28 de mayo de 2020, cuenta de manejo conjunto denominada **CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No 1832. CELEBRADO ENTRE EL DEPARTAMENTO DE BOYACA Y Y LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD LAS MERCEDES**. La cuenta no genera rendimientos financieros.

Esta certificación se expide a solicitud del interesado a los 25 días del mes de febrero de 2025.

Atentamente,

GERENTE OFICINA 705 CHIQUINQUIRA

GERENTE

ELABORO: DIANA LEON

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD LAS MERCEDES CALDAS

Responsabilidad Fiscal: R-99-PN - No Aplica - Otros *

Cl. 4# 1 - 39 Teléfono: 3104791158 **NIT: 820003456-3**

Factura Electrónica de Venta **No. FEV1117** Fecha emisión 25/02/2025

Autoriza DIAN 18764087321583, Fecha: 2025-01-17 hasta 2027-01-17, Prefijo FEV, Factura 1001 al 1999.

Empresa: DEPARTAMENTO DE BOYACA NIT: 891800498-1

Contrato: PIC DEPARTAMENTAL - DEPARTAMENTO DE BOYACA -

Nombres: Sexo: Número Id: Años:

Ingreso: Egreso: Tipo Servicio: Orden:

Forma de Pago: Crédito Medio de Pago: Otro* Fecha de Pago: 26/05/2025

Código	Servicios	Valor unitario	Cantidad	Valor pagar
CAP	ULTIMO PAGO CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N 1832 DE 2024	1,863,200.00	1.00	1,863,200.00

Valor total factura electrónica #FEV1117 1,863,200.00

Valor del copago o cuota moderadora: 0.00

Valor a pagar paciente: 0.00

Valor a pagar por: PIC DEPARTAMENTAL - DEPARTAMENTO DE BOYACA - **1,863,200.00**

Valor EN LETRAS: UN MILLON OCHOCIENTOS SESENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS PESOS M/CTE

Firma paciente:

IPS salud@esemercedescaldasboyaca.gov.co

Esta factura se asimila en todos sus efectos a una letra de cambio de conformidad con el Art.774 del código de comercio. Autorizo que en caso de incumplimiento de esta obligación sea reportado a las centrales de riesgo, se cobrarán intereses por mora.

Número Cuenta: 21500047830 Entidad Bancaria: BANCO CAJA SOCIAL -

CUFE: 1ad3582f319191f842e0b7b23b6113ddadb43263121c5a6a57a23369bd7bcadf6254d75eb1209e8d07ddbf7234b9a795

Documento generado el 25/02/2025 11:03 por el Proveedor Tecnológico NOVA CORP SAS con NIT 830074854 en asocio con Rocky S.A.S.

LA SUSCRITA GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD LAS MERCEDES DE CALDAS BOYACA

CERTIFICA QUE:

La ESE Centro de Salud las Mercedes de Caldas, Boyacá con Ni. 820003456-3 se encuentra a PAZ Y SALVO en sus obligaciones respecto a los aportes al sistema general de seguridad social en salud pensión, riesgos profesionales y parafiscales desde 25 de Abril al 15 de Diciembre del año 2024.

La presente se expide en Caldas, Boyacá, a los veinticinco (25) días del mes febrero del año dos mil veinticinco (2025).

Cordialmente,

ANYELA LIZETH ALARCON PINILLA

GERENTE

YENNY CONSUELO BELLO QUIÑONES

Contador T .P 112038-T

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141003853713

(415)7707212489984(8020) 000014100385371 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 2 0 0 0 3 4 5 6	3	Impuestos y Aduanas de Tunja	2 0

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona jurídica 1			

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres

35. Razón social
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD LAS MERCEDES CALDAS

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Caldas 1 3 1

41. Dirección principal
CALDAS CENTRO

42. Correo electrónico esecaldas1@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	9 8 7 2 6 5 3 6 8	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 2 1	2 0 0 1 0 8 2 2							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	6	7	9	1	4	5	2																			

06- Ingresos y patrimonio.
07- Retención en la fuente a título de rent
09- Retención en la fuente en el impuesto
14- Informante de exogena
52 - Facturador electrónico

Usuarios aduaneros										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores					
55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 8

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ROJAS MEDINA GLORIA EMILSEN

985. Cargo Gestor I

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141003853713

(415)7707212489984(8020) **000014100385371 3**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 2 0 0 0 3 4 5 6	3	Impuestos y Aduanas de Tunja 2 0	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	3	63. Formas asociativas		64. Entidades o insitutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	2 3
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	2

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 2	0 3
72. Número	0 1 0	3 5
73. Fecha	2 0 0 3 0 4 1 3	2 0 1 2 0 8 2 3
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 9	0 1
76. Fecha de registro	2 0 0 3 0 4 1 4	2 0 1 2 0 8 2 3
77. No. Matrícula mercantil		
78. Departamento	1 5	1 5
79. Ciudad/Municipio	0 0 1	0 0 1

Vigencia

80. Desde	2 0 0 3 0 4 1 4
81. Hasta	2 0 9 9 1 2 3 1

Composición del Capital

82. Nacional	1 0 0 %
83. Nacional público	1 0 0 . 0 %
84. Nacional privado	0 . 0 %
85. Extranjero	0 %
86. Extranjero público	0 . 0 %
87. Extranjero privado	0 . 0 %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1		Año Mes Día		-
2		Año Mes Día		-
3		Año Mes Día		-
4		Año Mes Día		-
5		Año Mes Día		-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Página 3 de 4 **Hoja 3**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141003853713

(415)7707212489984(8020) **000014100385371 3**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 2 0 0 0 3 4 5 6	3	Impuestos y Aduanas de Tunja	2 0

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 2 4 0 4 0 1

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 1 3	1 0 5 1 1 8 4 6 3 1		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
ALARCON	PINILLA	ANYELA	LIZETH

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

4

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

5

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141003853713

(415)7707212489984(8020) **000014100385371 3**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
		Impuestos y Aduanas de Tunja	2 0

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal

124. Tipo de documento	125. Número de identificación	126. DV	127. Número de tarjeta profesional

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres

132. Número de Identificación Tributaria (NIT)	133. DV	134. Sociedad o firma designada

135. Fecha de nombramiento

Revisor fiscal suplente

136. Tipo de documento	137. Número de identificación	138. DV	139. Número de tarjeta profesional

140. Primer apellido	141. Segundo apellido	142. Primer nombre	143. Otros nombres

144. Número de Identificación Tributaria (NIT)	145. DV	146. Sociedad o firma designada

147. Fecha de nombramiento

Contador

148. Tipo de documento	149. Número de identificación	150. DV	151. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	3 3 7 0 1 1 7 0	2	1 1 2 0 3 8 T

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres
BELLO	QUIÑONES	YENNY	CONSUELO

156. Número de Identificación Tributaria (NIT)	157. DV	158. Sociedad o firma designada

159. Fecha de nombramiento
2 0 2 4 0 4 0 1

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO