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

FECHA PRESENTE ACTA	08/05/2025		
CONVENIO INTERADMINISTRATIVO__	CONVENIO INTERINSTITUCIONAL___ CONTRATO INTERADMINISTRATIVO _X__	No. 1232	DE FECHA: 22/03/2024
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA CONCURRENCIA DE LAS ACCIONES DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA EN APLICACIÓN AL PRINCIPIO DE COMPLEMENTARIEDAD N° 88		
CONTRATISTA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE TOGÜÍ R/L: LINA ROSA ABRIL SÁNCHEZ		NIT: 820.003.435-9 C.C: 40046185
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR	CLARA SONIA GUERRERO BERNAL		C.C: 40026923
VALOR DEL CONVENIO:	VALOR:	$ 26.000.000	
	APORTE DEPARTAMENTO:	$ 0,00	
	APORTE DE CONTRAPARTE:	$ 0,00	
ADICIONAL N° N.A.	VALOR	$ 0.00	
ADICIONAL N° N.A.	VALOR	$ 0,00	
VALOR TOTAL CON ADICIONES		$ 26.000.000	
PLAZO INICIAL	El plazo de ejecución del presente contrato será a partir del acta de inicio hasta el 30 de diciembre de 2024		
PRORROGA N° N.A.	Tiempo: No aplica	De Fecha:	No aplica
PRORROGA N° N.A.	Tiempo: No aplica	De Fecha:	No aplica
PLAZO TOTAL	El plazo de ejecución del presente contrato será a partir del acta de inicio hasta el 30 de diciembre de 2024		
FEHA DE INICIACIÓN	01/04/2024		
ACTA DE SUSPENSIÓN N° N.A.	De Fecha: No aplica		
ACTA DE REINICIACIÓN N° N.A.	De Fecha: No aplica		
FECHA DE TERMINACIÓN	30 de diciembre de 2024		
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	No aplica		
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	Del 01/09/2024 al 30/12/2024		
RBPP N°	2023 00415 0314		

No/s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No 2263 AÑO: 2024

Los suscritos, WILLIAM YESID ARCHILA CARDÉNAS, mayor de edad, domiciliado en TUNJA, identificado con la cédula de ciudadanía No. 4.208.570 de Paz de Río, en su condición de Secretario de Contratación, Delegado para la contratación mediante Decreto 093 del 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 artículo 83 Constitucional), por una parte y por la otra parte, LINA ROSA ABRIL SÁNCHEZ, mayor de edad e identificado con la cédula de ciudadanía No. 40046185 expedida en TUNJA, quien obra en calidad de contratista y quien en adelante se denominará EL CONTRATISTA, y la señora CLARA SONIA GUERRERO BERNAL, 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 **1232** 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 de acuerdo a la(s) planilla (s) N° No aplica del mes (es) No aplica de conformidad con la normatividad vigente.

ADICIONALES

N°	FECHA	TIEMPO	VALOR	APORTES ADICIONAL REALIZADO POR:
1			$ 0,00	
2			$ 0,00	
3			$ 0,00	

CONTRATOS CELEBRADOS CON OCASIÓN DEL CONVENIO

N°	FECHA	OBJETO	VALOR CONTRATADO	VALOR	CONTRATISTA
			$ 0,00	$ 0,00	
			$ 0,00	$ 0,00	
			$ 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	$26.000.000	
Valor Aporte Contraparte		
Amortización Anticipo		
Valor a pagar de la presente acta		$5.500.000
Valor total actas pagadas Departamento		$18.200.000
Valor ejecutado por la Contraparte		$0
Saldo sin ejecutar Departamento (Liberar por el Departamento)		$2.300.000
Saldo sin ejecutar Contraparte		$0
Valor a Reintegrar al Departamento		$0
Sumas iguales	$26.000.000	$26.000.000

*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 $ 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: ´000374015212	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 interadministrativo No. **1232** 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: El representante legal presenta certificación de parafiscales la cual se anexa a la presente acta.

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

Firma: _____
Nombre: CLARA SONIA GUERRERO BERNAL
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____
Nombre: LINA ROSA ABRIL SÁNCHEZ
CONTRATISTA R/L: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE TOGÜÍ

Firma: _____
Nombre: SONIA YANNETH MANRIQUE HURTADO
SECRETARIA DE SALUD (E)

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

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 Dirección de Contratación (Secretaría de Hacienda) Copias: Orden de Pago Tesorería, Contratista, Supervisor y/o Interventor

Gobernación de Boyacá | Contratación
RADICADO
SECCON- 0550 - 2025

Gobernación de Boyacá Contratación
REVISADO
GABRIEL EDUARDO JOSE MONSALVE BOTIA
Fecha: 08/05/2025