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

FECHA PRESENTE ACTA	09 DE MAYO DE 2025		
CONVENIO INTERADMINISTRATIVO__	CONVENIO INTERINSTITUCIONAL___ CONTRATO INTERADMINISTRATIVO _X__	No. 1707	DE FECHA: 18/04/2024
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA CONCURRENCIA DE LAS ACCIONES DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA EN APLICACIÓN AL PRINCIPIO DE COMPLEMENTARIEDAD N° 91		
CONTRATISTA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE MOTAVITA R/L: LAURA CONSUELO CAMACHO VALERO		NIT: 820.003.404-0 C.C: 40031553
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR	SANDRA MILENA ANTOLINEZ AUNTA		C.C: 33366141
VALOR DEL CONVENIO:	VALOR:	$ 23.600.000	
	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		$ 23.600.000	
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	22/04/2024		
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 01/05/2024 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 3137 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, LAURA CONSUELO CAMACHO VALERO, mayor de edad e identificado con la cédula de ciudadanía No. 40031553 expedida en TUNJA, quien obra en calidad de contratista y quien en adelante se denominará EL CONTRATISTA, y la señora SANDRA MILENA ANTOLINEZ AUNTA, 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 **1707** 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	$23.600.000	
Valor Aporte Contraparte		
Amortización Anticipo		
Valor a pagar de la presente acta		$16.364.000
Valor total actas pagadas Departamento		$7.080.000
Valor ejecutado por la Contraparte		$0
Saldo sin ejecutar Departamento (Liberar por el Departamento)		$156.000
Saldo sin ejecutar Contraparte		$0
Valor a Reintegrar al Departamento		$0
Sumas iguales	$23.600.000	$23.600.000

*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: 882-613168-67	BANCO: BANCOLOMBIA	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. **1707** 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.

Gobernación de Boyacá | Contratación
RADICADO
SECCON-0564-2025

Firma:_____
Nombre: SANDRA MILENA ANTOLINEZ AUNTA
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____
Nombre: LAURA CONSUELO CAMACHO VALERO
CONTRATISTA R/L: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE MOTAVITA

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

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

Gobernación de Boyacá Contratación
REVISADO
ANA MARIA ROJAS BERNAL
Fecha 09.05.2025

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

Bancolombia

www.bancolombia.com.co

Tunja, 04 abril de 2025

BANCOLOMBIA S.A. informa que, a la fecha de emisión de este certificado la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD identificado** con NIT: **820.003.404**, cuenta con los siguientes productos financieros en el Banco:

Nombre Producto	N.º Producto	Fecha Apertura	Int. Pagado Año Anterior	Estado
CUENTA CORRIENTE	882-613168-67	2016/06/17	$ 0	ACTIVA

***Importante:** esta certificación solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la información de esta constancia, puede comunicarse a la línea de atención al cliente en: Bogotá: (601) 343 00 00, Medellín (604) 510 90 00, Cali (602) 554 05 05, Barranquilla (605) 361 88 88, Cartagena (605) 693 44 00, Bucaramanga (607 697 25 25, Pereira (606) 340 12 13, a nivel nacional: 018000912345; desde España: 900 995 717 y Estados Unidos: 1866 379 9714. Defensor del Consumidor Financiero: María Adelayda Calle Correa, de lunes a viernes entre 8:00 a.m. a 12 p.m. y 2:00 p.m. a 5:00 p.m. línea gratuita 01 8000 52 2622, teléfonos (604) 3561225, correo electrónico defensor@bancolombia.com.co, o en la: Carrera 48 #18 A 14, Edificio FIC48, Piso 11, Medellín.

VIGILADO Superintendencia Financiera de Colombia BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario

Bancolombia

EL SUSCRITO GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD MOTAVITA

Nit 820.003.404-0

CERTIFICA

Que la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SLAUD MOTAVITA,** identificada con NIT **820.003.404-0,** ha realizado el pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social y Parafiscales, exigidos por la Ley vigente y se encuentra a la fecha a paz y salvo por todo concepto relacionado con dichos aportes, y no cuenta con retraso o mora en el pago de estos aportes, desde el 01 de mayo de 2024 y hasta el 30 de diciembre de 2024.

Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

Se expide la presente certificación a los doce (12) días del mes de marzo de 2025.

LAURA CONSUELO CAMACHO VALERO
C.C. 40.031.553
Representante Legal

Este documento y su contenido es de la E.S.E Centro de Salud de Motavita, se prohíbe su reproducción parcial o total, sin autorización escrita de acuerdo al proceso establecido para el caso

Empresa Social Del Estado Centro De Salud De Motavita

No responsable de IVA

Responsabilidad Fiscal: R-99-PN - No Aplica - Otros * Act. Económica: 8621, 8622

Carrera 2 #1-87 Teléfono: 3115215297 **NIT: 820003404-0**

Factura Electrónica de Venta **No. FE344621** Fecha emisión 08/04/2025

Autoriza DIAN 18764083370090, Fecha: 2024-11-14 hasta 2025-11-14, Prefijo FE, Factura 344576 al 345400.

Empresa: DEPARTAMENTO BOYACA NIT: 891800498-1

Contrato: - GOBERNACION DE BOYACA -

Forma de Pago: Crédito Medio de Pago: Otro* Fecha de Pago: 30/04/2025

Código	Servicios	Valor unitario	Cantidad	Valor pagar
CAP	Por concepto de: Pago final de contrato No 1707 de 2024	16,364,000.00	1.00	16,364,000.00

Valor total factura electrónica #FE344621 16,364,000.00

Valor del copago o cuota moderadora: 0.00

Valor a pagar por: - GOBERNACION DE BOYACA - **16,364,000.00**

Valor EN LETRAS: DIECISEIS MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL PESOS M/CTE

IPS ese@motavita-boyaca.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: 882-613168-67 Entidad Bancaria: BANCOLOMBIA - Corriente

CUFE: 618169d9965abe7594680544e731fa1e75e2e254e005cc5094b4c873df7a797e17086f7272ee85d87819acb0cf981e7b

Documento generado el 08/04/2025 13:30 por el Proveedor Tecnológico NOVA CORP SAS con NIT 830074854 en asocio con Rocky S.A.S.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141142353861

(415)7707212489984(8020) 000014114235386 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 2 0 0 0 3 4 0 4	0	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 DE MOTAVITA

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Motavita 4 7 6

41. Dirección principal
CR 2 1 87

42. Correo electrónico ese@motavita-boyaca.gov.co

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 1 5 2 1 5 2 9 7	3 1 1 2 1 7 8 6 0 8

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
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 3 0 3 1 0	8 6 2 2	2 0 0 4 1 2 3 1					

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	1	4	4	2	5	2																		

06- Ingresos y patrimonio.
07- Retención en la fuente a título de rent
14- Informante de exogena
42- Obligado a llevar contabilidad
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 [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

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 CAMACHO VALERO LAURA CONSUELO

985. Cargo Representante legal Certificado

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141142353861

(415)7707212489984(8020) **000014114235386 1**

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

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	3	63. Formas asociativas		64. Entidades o institutos 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	
72. Número	0 0 3	
73. Fecha	2 0 0 3 0 2 2 8	
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	9 8	
76. Fecha de registro		
77. No. Matrícula mercantil		
78. Departamento	1 5	
79. Ciudad/Municipio	4 7 6	
Vigencia		
80. Desde	2 0 0 3 0 2 2 8	
81. Hasta		

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: Superintendencia Nacional de Salud — 1 0

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	8 3	2 0 1 6 0 1 0 1		-
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 3 **Hoja 3**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141142353861

(415)7707212489984(8020) **000014114235386 1**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 2 0 0 0 3 4 0 4	0	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	4 0 0 3 1 5 5 3		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
CAMACHO	VALERO	LAURA	CONSUELO

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