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

FECHA PRESENTE ACTA	13/06/2025		
CONVENIO INTERADMINISTRATIVO__	CONVENIO INTERINSTITUCIONAL___	CONTRATO INTERADMINISTRATIVO _X_	No. 1204 DE FECHA: 22/03/2024
OBJETO	PRESTACION DE SERVICIOS PARA LA CONCURRENCIA DE LAS ACCIONES DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA EN APLICACION AL PRINCIPIO DE COMPLEMENTARIEDAD N° 63		
CONTRATISTA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD RAFAEL SALGADO MARIPI -BOYACA R/L: IBETH MILENA PARRA CARO		NIT: 820.003.291-5 C.C: 52717256
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR	ANA MARCELA NIÑO DIAZ		C.C: 1116543107
VALOR DEL CONVENIO:	VALOR:	$35.000.000	
	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		$35.000.000	
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 INICIACION	01/04/2024		
ACTA DE SUSPENSION N° N.A.	De Fecha: No aplica		
ACTA DE REINICIACION N° N.A.	De Fecha: No aplica		
FECHA DE TERMINACION	30 de diciembre de 2024		
FECHA DE TERMINACION 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 2288 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 efecto s 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, IBETH MILENA PARRA CARO, mayor de edad e identificado con la cédula de ciudadanía No. 52717256 expedida en BOGOTÁ, quien obra en calidad de contratista y quien en adelante se denominará EL CONTRATISTA, y la señora ANA MARCELA NIÑO DIAZ, 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 **1204** 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	$35.000.000	
Valor Aporte Contraparte		
Amortización Anticipo		
Valor a pagar de la presente acta		$3.431.000
Valor total actas pagadas Departamento		$24.500.000
Valor ejecutado por la Contraparte		$0
Saldo sin ejecutar Departamento (Liberar por el Departamento)		$7.069.000
Saldo sin ejecutar Contraparte		$0
Valor a Reintegrar al Departamento		$0
Sumas iguales	$35.000.000	$35.000.000

*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: 268-05035-8	BANCO: Banco de Bogotá	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. **1204** 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: ANA MARCELA NIÑO DIAZ
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____
Nombre: IBETH MILENA PARRA CARO
CONTRATISTA R/L: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD RAFAEL SALGADO MARIPI -BOYACÁ

Firma: _____
Nombre: INGRID MARGARITA GALAN DIAZ
SECRETARIA DE SALUD

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

Gobernación de Boyacá | Contratación
RADICADO
SECCON- 0842 - 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 (Secretaría de Hacienda) Copias: Orden de Pago Tesorería, Contratista, Supervisor y/o Interventor

Gobernación de Boyacá Contratación
REVISADO
CARLOS SEBASTIAN APONTE ORTIZ
Fecha: 13/06/2025