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

FECHA PRESENTE ACTA	26/09/2025			
CONVENIO INTERADMINISTRATIVO_____ CONVENIO INTERINSTITUCIONAL_____CONTRATO INTERADMINISTRATIVO __X__			No. 4763	DE FECHA: 24/12/2024
OBJETO	PRESACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD POR UN GRUPO MULTIDISCIPLINARIO CERTIFICADOR PARA ATENDER Y EXTENDER LA CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD SEGÚN RESOLUCIÓN N. 1197 DE 2024 – N. 11.			
CONTRATISTA	CLINICA DE ESPECIALISTAS S.A R/L NIDIA HASBLEEDY MARIÑO VERGARA,			NIT: 891.856.372-1 C.C: 51.990.590
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR	YANETH EFIGENIA PEÑA FUENTES			C.C: 23324680
VALOR DEL CONVENIO :	VALOR :	$ 18.460.605,00		
	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	$ 18.460.605,00			
PLAZO INICIAL	A partir de la suscripción del acta de inicio y hasta el 31 de diciembre de 2024			
PRORROGA N° __1__	Tiempo:	SEIS (6) MESES, una vez se cumpla con el plazo inicialmente establecido	De Fecha:	24/01/2025
PRORROGA N° __NA____	Tiempo:	NA	De Fecha:	NA
PLAZO TOTAL	SEIS (6) MESES Y OCHO (8) DIAS.			
FECHA DE INICIACIÓN	27/12/2024			
ACTA DE SUSPENSIÓN N° ___1___	De Fecha:	30/12/2024		
ACTA DE REINICIACIÓN N° ___1___	De Fecha:	24/01/2025		
FECHA DE TERMINACIÓN	24/06/2025			
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	18/06/2025			
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	N/A			
RBPP N°	2024 00415 0314			

No/s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No:____11069_____AÑO: ____2024_____, RPC No:_____AÑO_____..

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 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, NIDIA HASBLEEDY MARIÑO VERGARA, mayor de edad e identificado con la cédula de ciudadanía No. 51.990.590 'expedida en BOGOTA D.C quien obra en calidad de contratista y quien en adelante se denominará EL CONTRATISTA, y el señor (a) YANETH EFIGENIA PEÑA FUENTES 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 N° 4763 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	24/01/2025	SEIS (6) MESES, una vez se cumpla con el plazo inicialmente establecido	$ 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	$ 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	$ 18.460.605,00	
Valor Aporte Contraparte		
Amortización Anticipo		
Valor a pagar de la presente acta		
Valor Total actas pagadas Departamento		
Valor ejecutado por la Contraparte		
Saldo sin ejecutar Departamento (Liberar por el Departamento)		$ 18.460.605,00
Saldo sin ejecutar Contraparte		
Valor a Reintegrar al Departamento (Cuando aplique)		
Sumas iguales	$ 18.460.605,00	$ 18.460.605,00

**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:	BANCO:	AHORROS:	CORRIENTE:

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 de Interadministrativo No. 4763 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: Se da por terminado en cuanto a su ejecución y se liquida de mutuo acuerdo teniendo en cuenta que por oficio enviado por el Ministerio de Salud y Protección Social de fecha 13 de Mayo del 2025, reitera que todos los recursos que no hayan sido ejecutados al 31 de diciembre de 2024 deben ser reintegrados por las entidades territoriales.

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

Firma: _____
Nombre: YANETH EFIGENIA PEÑA FUENTES
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____
Nombre: CLINICA DE ESPECIALISTAS S.A
CONTRATISTA
R/L NIDIA HASBLEEDY MARIÑO VERGARA

Firma: _____
Nombre: INGRID MARGARITA GALAN DIAZ
SECRETARIO SECTORIAL

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

* 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

Gobernación de Boyacá
Contratación
REVISADO
ERIKA XIMENA RODRIGUEZ FONSECA
Fecha: 26-09-2025

Gobernación de Boyacá | Contratación
RADICADO
SECCON-1627 - 2025