Gobernación de Boyacá	**FORMATO**	**VERSIÓN: 0**
		CÓDIGO: A-AD-GC-F-030
ACTA DE LIQUIDACIÓN		**FECHA: 24/Jul/2019**

FECHA PRESENTE ACTA	4 DE OCTUBRE DE 2020 ✓		
SUMINISTRO__x_✓CONSULTORIA ____ ARRIENDAMIENTO _____ OBRA _____ COMPRAVENTA ___		No. 2329-2020 ✓	DE FECHA: 13 DE JULIO DE 2020 ✓
OBJETO	SUMINISTRO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL E INSUMOS PARA APOYAR LA ATENCION MEDICA HOSPITALARIA, ANTE LA PANDEMIA CORONAVIRUS COVID-19 EN EL DEPARTAMENTO DE BOYACÁ ✓		
CONTRATISTA	MEDIFAR SUMINISTRO FARMACÉUTICOS SAS ✓		NIT: 826002585-2 ✓
	R/L LUIS ALFREDO PEÑA AMAYA . ✓		91.276.745 de Bucaramanga, ✓
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR	LIBIA ROSMIRA PERILLA VACCA ✓		C.C: 51.977.792 ✓
VALOR DEL CONTRATO :	$ 264.924.800,00 ✓		
ADICIONAL N° ____N. .A.____	VALOR	$ 0,00	
ADICIONAL N° ____N. A.____	VALOR	$ 0,00	
VALOR TOTAL CON ADICIONES	$ 264.924.800,00 ✓		
PLAZO INICIAL	VEINTE (20) DIAS CALENDARIO, CONTADOS A PARTIR DE LA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO ✓		
PRORROGA N° _____	Tiempo: N.A.	De Fecha:	N. A.
PRORROGA N° _____	Tiempo: N.A.	De Fecha:	N. A.
PLAZO TOTAL	VEINTE (20) DIAS CALENDARIO, CONTADOS A PARTIR DE LA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO ✓		
FECHA DE INICIACIÓN	22 DE JULIO DE 2020 ✓		
ACTA DE SUSPENSIÓN N° _1___	6 DE AGOSTO DE 2020 ✓		
ACTA DE REINICIACIÓN N° __1___	30 DE SEPTIEMBRE DE 2020 ✓		
FECHA DE TERMINACIÓN	10 DE AGOSTO DE 2020 ✓		
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	1 DE OCTUBRE DE 2020 ✓		
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	DEL 22 DE JULIO DE 2020 AL 5 DE AGOSTO Y DEL 30 DE SEPTIEMBRE AL 1 DE OCTUBRE DE 2020 ✓		
RBPP N°	N. A.		

No/s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: **RPC No: 4721 AÑO: 2020.** ✓

En las oficinas de la Secretaría de Salud de Boyacá se reunieron los señores, **JOSE FERNANDO CAMARGO BELTRAN**, mayor de edad, domiciliado en Tunja, identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 6.765.994 de Tunja, en su condición de Secretario de Contratación, Delegado para la contratación mediante Decreto No. 093 de fecha 1 de febrero de 2019 y Decreto No. 079 de fecha 1 de febrero de 2019 y que para efectos del presente contrato se denominará el DEPARTAMENTO (quien firma atendiendo el principio de buena fe, previsto en el articulo 83 Constitucional), por una parte y por la otra parte, **LUIS ALFREDO PEÑA AMAYA ,** mayor de edad e identificado con C.C. 91.276.745 de Bucaramanga, quien obra en calidad de contratista y quien en adelante se denominará EL CONTRATISTA, y la señora **LIBIA ROSMIRA PERILLA VACCA** 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 **(Contrato de suministro No. 2329 de 2020)** 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) No. 44894787, 45401453, 44894976, 45401440, 44894867 y 45401505 de J**ULIO/ AGOSTO/ SEPTIEMBRE del año 2020** de conformidad con la normatividad vigente. ✓

CONTROL ANTICIPOS

Valor Anticipo	$ 132.462.400,00 ✓
Sumatoria Amotizaciones	$ 132.462.400,00 ✓
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 del contrato	264.924.800,00 ✓	
Amortización Anticipo		132.462.400,00 ✓
Valor a pagar de la presente acta		132.462.400,00 ✓
Valor Total actas pagadas		
Saldo sin ejecutar (Liberar por el Departamento)		
Valor a Reintegrar al Departamento (Cuando aplique)		
Sumas iguales	**264.924.800,00** ✓	**264.924.800,00** ✓

**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. _____N.A._____ del Banco _____N.A._____ Departamento de Boyacá

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

No. CUENTA: 179769999923 ✓	**BANCO: DAVIVIENDA** ✓	**AHORROS:**	**CORRIENTE: X** ✓

Las cantidades y valores consignados en la presente acta son responsabilidad exclusiva del contratista e interventor . El pago de la presente acta se realizará con base en el principio de confiabilidad y responsabilidad con que el Interventor y el contratista realizan las mediciones en campo y las revisiones efectuadas a los informes por parte del Interventor y/o Supervisor.

OBSERVACIONES O ACLARACIONES: EL CONTRATISTA MANIFIESTA POR ESCRITO SU RENUNCIA AL ANTICIPO

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

Firma: _____
Nombre: **LIBIA ROSMIRA PERILLA VACCA**
INTERVENTOR

Firma: _____
Nombre: **JAIRO MAURICIO SANTOYO GUTIERREZ**
SECRETARIO SECTORIAL

Firma: _____
R/L LUIS ALFREDO PEÑA AMAYA .
MEDIFAR SUMINISTRO FARMACÉUTICOS SAS
CONTRATISTA

Firma: _____
Nombre: **JOSE FERNANDO CAMARGO BELTRAN**
DELEGADO PARA LA CONTRATACION
DEPARTAMENTO DE BOYACÁ

GOBERNACIÓN DE BOYACÁ
SECRETARIA CONTRATACIÓN
REVISADO
Laura Carmenza Pinilla Pinilla
Fecha: 29/10/2020
FIRMA: _____

* 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 Contratacion Copias: Orden de Pago Tesoreria, Contratista, Supervisor y/o Interventor