GOBERNACIÓN DE Boyacá	FORMATO	VERSIÓN: 0
		CÓDIGO: A-AD-GC-F-042
ACTA PARCIAL		FECHA: 24/Jul/2019

ACTA PARCIAL	02		
FECHA PRESENTE ACTA	11/11/2025		
CONTRATO X CONVENIO __	824	DE FECHA:	13/02/2024
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA CONCURRENCIA DE LAS ACCIONES DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA EN APLICACIÓN AL PRINCIPIO DE COMPLEMENTARIEDAD N° 10		
CONTRATISTA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE CAMPOHERMOSO / RL: ANGELA XIOMARA HOYOS GOMEZ		NIT: 820.003.910-6 C.C: 33365670
INTERVENTOR _ SUPERVISOR X	SANDRA MILENA ANTOLINEZ AUNTA		C.C: 33366141
VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO:	VALOR INICIAL: $33.500.000.00 APORTE DEPARTAMENTO: $ 0,00 APORTE DE CONTRAPARTE: $ 0,00		
ADICIONAL N° N.A.	VALOR N.A. $ 0.00		
ADICIONAL N° N.A.	VALOR N.A. $ 0,00		
VALOR TOTAL CON ADICIONES	$33.500.000.00		
PLAZO INICIAL	A partir del acta de inicio hasta el 30 de diciembre de 2025		
PRORROGA N° N.A.	Tiempo: N.A.	De Fecha:	N.A.
PRORROGA N° N.A.	Tiempo: N.A.	De Fecha:	N.A.
PLAZO TOTAL	A partir del acta de inicio hasta el 30 de diciembre de 2025		
FECHA DE INICIACIÓN	14/02/2025		
ACTA DE SUSPENSIÓN N° N.A.	De Fecha: N.A.		
ACTA DE REINICIACIÓN N° N.A.	De Fecha: N.A.		
FECHA DE TERMINACIÓN	30/12/2025		
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	N.A.		
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	Del 01/07/2025 al 31/08/2025		
RBPP N°	2024 00415 0343		

No/s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No **1481** AÑO: 2025

En las oficinas de la Secretaría de Salud de Boyacá se reunieron los señores, SANDRA MILENA ANTOLINEZ AUNTA, Interventor/Supervisor y el señor (a) ANGELA XIOMARA HOYOS GOMEZ como representante legal o contratista, con el fin de suscribir la presente acta.

En visita al lugar de los trabajos se constató, que lo ejecutado está de acuerdo con las especificaciones, características y condiciones estipuladas en el contrato o convenio y registradas en los informes, por tanto el suscrito supervisor 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.

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 del contrato	$33.500.000	
Amortización Anticipo		$0.00
Valor a pagar de la presente acta		$13.400.000
Valor total actas pagadas		$10.050.000
Saldo por ejecutar		$10.050.000
Sumas iguales	$33.500.000	$33.500.000

*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.

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

No. CUENTA: .01509000236-9	BANCO: AGRARIO DE COLOMBIA	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.

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: SANDRA MILENA ANTOLINEZ AUNTA
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____
Nombre: ANGELA XIOMARA HOYOS GOMEZ
CONTRATISTA: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE CAMPOHERMOSO

* Si se requieren se pueden adicionar más 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 Dirección de Contratación (Secretaría de Hacienda) Copias: Orden de Pago Tesorería, Contratista, Supervisor y/o Interventor

Gobernación de Boyacá | Contratación
RADICADO
SECCOV- 1976 - 2025

Banco Agrario de Colombia
El Banco que hace crecer el campo

Nit : 800.037.800-8

CERTIFICACION

El Banco Agrario de Colombia, certifica que: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE CAMPO, identificado(a) con NIT JURIDICAS No. 8200039106, se encuentra vinculado (a) con nuestra entidad en el producto de: CTE - CUENTAS -CORRIENTES, número 0-150-90-00236-9, se encuentra en estado ACTIVO.

Se expide en CAMPOHERMOSO, a losa los treinta y un (31) días del mes de octubre de 2025, con destino a: SOLICITUD DEL INTERESADO



Powered by CamScanner

Empresa Social Del Estado Centro De Salud De Campohermoso

Responsabilidad Fiscal: R-99-PN - No Aplica - Otros * Act. Económica: 8610

CALLE 2 # 3-15 Teléfono: 3202315788 **NIT: 820003910-6**

Factura Electrónica de Venta **No. FE124286** Fecha emisión 13/11/2025

Autoriza DIAN 18764089452278, Fecha: 2025-02-25 hasta 2027-02-25, Prefijo FE, Factura 123801 al 125000.

Empresa: GOBERNACION DE BOYACA NIT: 891800498-1

Contrato: - GOBERNACION DE BOYACA -

Forma de Pago: Crédito Medio de Pago: Otro* Fecha de Pago: 11/02/2026

Código	Servicios	Valor unitario	Cantidad	Valor pagar
CAP	PAGO ACTA PARCIAL 02 _ CONTRATO _ 824 _2025 POR PRESTACION DE SERVICIOS PARA LA CONCURRENCIA DE LAS ACCIONES DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA POR VALOR DE TRECE MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($13,400,000).	13,400,000.00	1.00	13,400,000.00

Valor total factura electrónica #FE124286 13,400,000.00

Valor del copago o cuota moderadora:

0.00

Valor a pagar por: - GOBERNACION DE BOYACA - **13,400,000.00**

Valor EN LETRAS: TRECE MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS M/CTE

IPS correspondencia@esecentrodesalud-campohermoso-boyaca.

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: 01509000236-9 Entidad Bancaria: BANCO AGRARIO - Corriente

CUFE: 454af0e74835ba254f80f66063b628057ee6039b54d6e5f92b235d2f9fe4592cf0c42dc71a42857fc9bacdb1af65fdec

Documento generado el 13/11/2025 08:46 por el Proveedor Tecnológico NOVA CORP SAS con NIT 830074854 en asocio con Rocky S.A.S.

LA SUSCRITA GERENTE DE LA
ESE CENTRO DE SALUD CAMPOHERMOSO
CAMPOHERMOSO - BOYACÁ

C E R T I F I C A:

Que la E.S.E. Centro de Salud de Campohermoso, tiene totalmente cubiertos los pagos de las obligaciones por concepto de **APORTES A SEGURIDAD SOCIAL** (Salud, Pensión, ARL y Fondo de Solidaridad) y **APORTES PARAFISCALES** (Caja de Compensación). Además, está exonerada del pago a favor del Servicio Nacional del Aprendizaje (SENA) y del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), encontrándose a **PAZ Y SALVO** hasta el 31 de Agosto del año dos mil veinticinco (2025), y no cuenta con retraso o mora en el pago de estos aportes.

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.

La presente se expide en Campohermoso (Boyacá), a los once (11) días del mes de noviembre del año dos mil veinticinco (2025).

ÁNGELA XIOMARA HOYOS GÓMEZ
Gerente E.S.E.