

BANCO DAVIVIENDA S.A.**CERTIFICA:**

Que en la oficina 1768 Miraflores, el **HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES**, identificado con el Nit.800152970-3, se encuentra vinculado mediante cuenta, Corriente número 176869996783 denominada **HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES "SGP-SUBSIDIO A LA OFERTA"**, La cual a la fecha se encuentra vigente y activa, es cuenta corriente, no genera rendimientos financieros.

Fecha de Apertura 2021/07/27

A solicitud del interesado, se expide en Miraflores Boyacá a los 04 días del mes de noviembre de 2025.

Cordialmente,



Yury Paola Camacho Bautista

Director Administrativo

Oficina Miraflores

Banco Davivienda S.A.

		FORMATO		VERSIÓN: 1	
				CÓDIGO: A-AD-GC-F-040	
ACTA DE LIQUIDACIÓN DE CONVENIO				FECHA: 07/Oct/2021	
FECHA PRESENTE ACTA		01 DE DICIEMBRE DE 2025			
CONVENIO INTERADMINISTRATIVO _X_ CONVENIO INTERINSTITUCIONAL _____ CONTRATO		No. 2616		DE FECHA: 24/07/2025	
OBJETO		FINANCIAR LOS GASTOS DE LA OPERACIÓN DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PARA LA VIGENCIA 2025 CON RECURSOS DE SUBSIDIO A LA OFERTA ASIGNADOS AL DEPARTAMENTO DE BOYACÁ.			
CONTRATISTA		HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES ESE R/L CLARA ROCIO VERA VALLEJO		NIT: 800.152.970-3 C.C: 40.037.443	
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR		CARLOS IVAN MESA LLANOS		C.C: 7.173.322	
VALOR DEL CONVENIO :		VALOR : \$ 263,908,165.00 APOORTE DEPARTAMENTO: \$ 263,908,165.00 APOORTE DE CONTRAPARTE: \$ 0.00			
ADICIONAL N° _____		VALOR \$ 0.00			
ADICIONAL N° _____		VALOR \$ 0.00			
VALOR TOTAL CON ADICIONES		\$ 263,908,165.00			
PLAZO INICIAL		CUATRO (4) MESES			
PRORROGA N° _____		Tiempo: NA		De Fecha: _____	
PRORROGA N° _____		Tiempo: NA		De Fecha: _____	
PLAZO TOTAL		CUATRO (4) MESES			
FECHA DE INICIACIÓN		28/07/2025			
ACTA DE SUSPENSIÓN N° _____		De Fecha: NA			
ACTA DE REINICIACIÓN N° _____		De Fecha: NA			
FECHA DE TERMINACIÓN		27/11/2025			
FECHA DE TERMINACIÓN REAL		27/11/2025			
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR		28/07/2025 AL 27/11/2025			
RBPP N°		2024 00415 0323 A2			

No/s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No: 5851 AÑO: 2025.

Los suscritos, JORGE MARIO IBÁÑEZ ARANGO, mayor de edad, domiciliado en Tunja, identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 7.181.256 de Tunja, 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 artículo 83 Constitucional), por una parte y por la otra parte, CLARA ROCIO VERA VALLEJO, mayor de edad e identificado con la cédula de ciudadanía No. 40.037.443 expedida en Tunja, quien obra en calidad de contratista y quien en adelante se denominará EL CONTRATISTA, y CARLOS IVAN MESA LLANOS 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 convenio (2616) 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° N.A. del mes (es) N.A. de conformidad con la normatividad vigente.

ADICIONALES

No.	FECHA	TIEMPO	VALOR	APORTES ADICIONAL REALIZADO POR:
1			\$ 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	\$ 184,735,715.00
Sumatoria Amortizaciones	\$ 184,735,715.00
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	263,908,165.00	
Valor Aporte Contraparte		-
Amortización Anticipo		\$ 184,735,715.00
Valor a pagar de la presente acta		\$ 79,172,450.00
Valor total actas pagadas Departamento		-
Valor ejecutado por la Contraparte		-
Saldo sin ejecutar Departamento (Liberar por el Departamento)		-
Saldo sin ejecutar Contraparte		-
Valor a Reintegrar al Departamento (Cuando aplique)		-
Sumas iguales	\$ 263,908,165.00	\$ 263,908,165.00

*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: 176869996783	BANCO: DAVIVIENDA	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 Convenio No. 2616 de 2025. 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. Por constancia firman los que en ella intervinieron:

OBSERVACIONES O ACLARACIONES:

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

Firma: _____
Nombre: CARLOS IVAN MESA LLANOS
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____
Nombre: HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES R/L CLARA ROCIO VERA VALLEJO
CONTRATISTA

Firma: _____
Nombre: INGRID MARGARITA GALAN DIAZ
SECRETARIO SECTORIAL

Firma: _____
Nombre: JORGE MARIO IBÁÑEZ ARANGO
DEPARTAMENTO DE BOYACÁ



* Si se requieren se pueden adicionar mas firmas.



	HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO		
			SUBPROCESO: PLANEACION ESTRATEGICA		
			TIPO DE DOCUMENTO: FORMATO		
	SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD		CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA:
	CERTIFICACIONES		FR- DE-PL- 01	01	18/11/2024

Certificación N° 135/2025

**LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL DEL HOSPITAL REGIONAL DE
MIRAFLORES EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**

CERTIFICA

Que el Hospital Regional De Miraflores E.S.E, identificado con Nit 800.152.970-3, se encuentra a PAZ Y SALVO, hasta el veintisiete (27) de noviembre de 2025, por concepto de Aportes Parafiscales (Comfaboy, I.C.B.F, Sena), al igual que los aportes patronales para Salud, Pensión y Riesgos Profesionales.

Se expide en Miraflores, Boyacá, a los veintisiete (27) días del mes de noviembre del año 2025.


CLARA ROCIO VERA VALLEJO
 Representante Legal

Elaboró: Gloria Morales/ Secretaria
Revisó: María Elisa Montañez /Subgerente Administrativa