



Empresa Social Del Estado Centro De Salud
Jorge González Olmos
Nit. 820003915-2

ACTA DE LIQUIDACION							
FECHA DE LA PRESENTE ACTA:				31/10/2025			
CONTRATO No.		003-2025		FECHA:		2/01/2025	
OBJETO		PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO EN EL AREA ADMINISTRATIVA Y CONTABLE DE LA ESE CENTRO DE SALUD JORGE GONZALEZ OLMOS.					
CONTRATISTA		DUXEDY XILENNA ALFONSO SOLER				CC:	1.057.436.067
		Representante legal: N/A				NIT:	
SUPERVISOR		NAISLA ANDREA PRASCA VELASQUEZ				CC	1.043.961.805
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		DIECISÉIS MILLONES TRECIENTOS VEINTE MIL PESOS M/CTE					16.320.000
Adicional No.		1	Fecha:	29/08/2025	Valor	2.040.000	
Adicional No.		2	Fecha:	30/09/2025	Valor	2.040.000	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VEINTE MILLONES CUATROSCIENTOS MIL PESOS M/CTE					20.400.000
Prorroga No	1	PRÓRROGA 1		Fecha	29/08/2025	Plazo Inicial	30/09/2025
Prorroga No	2	PRÓRROGA 2		Fecha	30/09/2025	Plazo Final	31/10/2025
Suspensión		Fecha					
FECHA DE INICIO:		2/01/2025					
FECHA DE TERMINACION:		31/10/2025					
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR		DEL 02/01/2025 AL 31/10/2025					
En las instalaciones de la ESE Centro de Salud Jorge González Olmos, se reunieron los señores MARIA ALEJANDRA MONROY PEÑA identificada con cédula de ciudadanía N. 1.049.633.422 en calidad de Representante Legal de la ESE Centro de Salud Jorge González Olmos, el señor (a) DUXEDY XILENNA ALFONSO SOLER identificada con cédula de ciudadanía No. 1.057.436.067 como contratista y el señor (a) NAISLA ANDREA PRASCA VELASQUEZ identificada con cédula de ciudadanía No. 1.043.961.809 en calidad de supervisor, con el fin de suscribir la presente acta de liquidación de mutuo acuerdo, la cual tiene como soportes los soportes presentados por la supervisión del contrato No 003-2025 quien certifica que el mismo se efectuó de acuerdo a las especificaciones, características y condiciones estipuladas en el contrato y registradas en los informes, resultados o productos presentados por el contratista, por tanto el suscrito supervisor recibe satisfactoriamente y autoriza el pago como lo registra en la presente acta, igualmente certifica que el contratista cumple con sus aportes al régimen de seguridad social en salud, pensión, riesgos profesionales y parafiscales de conformidad con la normatividad vigente. (Anexo planillas de pago)							
VALORES EJECUTADOS AUTORIZADOS							
DESCRIPCION		FECHA		VALOR AUTORIZADO			
ACTA PARCIAL 1		31/01/2025		2.040.000			
ACTA PARCIAL 2		28/02/2025		2.040.000			
ACTA PARCIAL 3		31/03/2025		2.040.000			
ACTA PARCIAL 4		30/04/2025		2.040.000			
ACTA PARCIAL 5		30/05/2025		2.040.000			
ACTA PARCIAL 6		27/06/2025		2.040.000			
ACTA PARCIAL 7		29/08/2025		2.040.000			
ACTA PARCIAL 8		2/09/2025		2.040.000			
ACTA PARCIAL 9		27/10/2025		2.040.000			
BALANCE DEL PAGO							
CONCEPTO		DEBE		HABER			
VALOR DEL CONTRATO		20.400.000					
VALOR ACTAS ANTERIORES				18.360.000			
VALOR A PAGAR DE LA PRESENTE ACTA				2.040.000			
SALDO POR EJECUTAR				-			
SUMAS IGUALES		20.400.000		20.400.000			
*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 Nro 003-2025 de FECHA: 02/01/2025. 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. Para constancia firman los que en ella intervinieron:							
OBSERVACIONES O ACLARACIONES: Pago correspondiente a informe n.10 del 01/10/2025 al 31/10/2025							
No siendo otro el objeto de la presente reunión se firma el acta por los que en ella intervinieron.							
Firma				Firma			
Nombre:		NAISLA ANDREA PRASCA VELASQUEZ SUPERVISOR		Nombre:		DUXEDY XILENNA ALFONSO SOLER CONTRATISTA	
Firma							
Nombre:		MARIA ALEJANDRA MONROY PEÑA Gerente ESE Centro de Salud Jorge Gonzalez Olmos					
ANEXO: PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL MES CORRESPONDIENTE ANEXO: LIQUIDACIÓN PARAFISCALES (CUANDO APLIQUE) ANEXO: INFORME COMPLETO DE ACTIVIDADES FIRMADO POR EL CONTRATISTA Y EL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR.							