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

FECHA PRESENTE ACTA	27 DE DICIEMBRE DE 2025		
CONVENIO INTERADMINISTRATIVO _X___ CONVENIO INTERINSTITUCIONAL_____CONTRATO INTERADMINISTRATIVO _____	No. 2578	DE FECHA:24/07 2025	
OBJETO	FINANCIAR LOS GASTOS DE LA OPERACIÓN DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA E.S.E. ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE VILLA DE LEYVA PARA LA VIGENCIA 2025 CON RECURSOS DE SUBSIDIO A LA OFERTA ASIGNADOS AL DEPARTAMENTO DE BOYACA		
CONTRATISTA	ESE HOSPITAL SAN FRANCSICO DE VILLA DE LEYVA		NIT: 891.800.906-3
	R/L MARÍA EUGENIA MONTEJO PAEZ		C.C: 40.041.650
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR	CARLOS IVAN MESA LLANOS		C.C: 7.173.322
VALOR DEL CONVENIO :	VALOR :	$ 369,042,571.00	
	APORTE DEPARTAMENTO:	$ 369,042,571.00	
	APORTE DE CONTRAPARTE:	$ 0.00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$ 0.00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$ 0.00	
VALOR TOTAL CON ADICIONES	$ 369,042,571.00		
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 DE JULIO DE 2025		
ACTA DE SUSPENSIÓN N° _____	De Fecha: NA		
ACTA DE REINICIACIÓN N° _____	De Fecha: NA		
FECHA DE TERMINACIÓN	27 DE NOVIEMBRE DE 2025		
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	27 DE NOVIEMBRE DE 2025		
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	DESDE EL 28 DE JULIO DE 2025 AL 27 DE NOVIEMBRE DE 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:__5772_____AÑO: __2025___,

Los suscritos, (JORGE MARIO IBAÑEZ 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 articulo 83 Constitucional), por una parte y por la otra parte, MARÍA EUGENIA MONTEJO PAEZ, mayor de edad e identificado con la cédula de ciudadanía No.40.041.650 expedida en Tunja, Boyacá, 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 (_2578-2025_) 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	$ 258,329,799.70
Sumatoria Amortizaciones	$ 258,329,799.70
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 asig nado en observaciones o aclaraciones de la presente acta.*

BALANCE DE PAGO

CONCEPTO	DEBE	HABER
Valor Aporte Departamento	369,042,571.00	
Valor Aporte Contraparte		-
Amortización Anticipo		$ 258,329,799.70
Valor a pagar de la presente acta		$ 110,712,771.30
Valor Total actas pagadas Departamento		0
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	$ 369,042,571.00	$ 369,042,571.00

**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: 177769999257	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. _2578__ 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. Para 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.

Gobernación de Boyacá | Contratación
RADICADO
SECCON- 2539- 2025

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

Firma: _____
Nombre: ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE VILLA DE LEYVA
MARIA EUGENIA MONTEJO PAEZ
CONTRATISTA

Firma: _____
Nombre: INGRID MARGARITA GALAN DIAZ
SECRETARIO SECTORIAL

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

Gobernación de Boyacá
Contratación
REVISADO
JUANA VIVIANA CORTES TAMAYO
Fecha: 27-12-2025

* 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 Tesorería, Contratista, Supervisor y/o Interventor

DAVIVIENDA

CERTIFICACIÓN

VILLA DE LEYVA, 22/12/2025

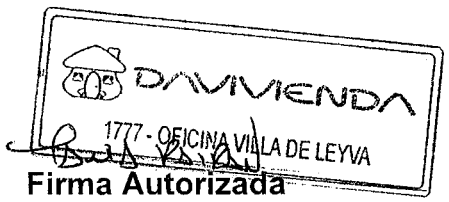
BOYACÁ

COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que la Empresa **E.S.E HOSPITAL SAN FRANCISCO DE VILLA DE LEYVA** identificada con NIT número **891.800.906-3,**, posee en el Banco Davivienda, Una cuenta **corriente** número **177769999257,** con fecha de apertura 23/07/2021, a la fecha se encuentra vigente para el manejo exclusivo de los recursos del convenio interadministrativo #2578 de 2025 cuyo objeto es para FINANCIAR LOS GASTOS DE LA OPERACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN LA E.S.E. HOSPITAL SAN FRANCISCO DE VILLA DE LEYVA PARA LA VIGENCIA 2025 CON RECURSOS DE SUBSIDIO A LA OFERTA ASIGNADOS AL DEPARTAMENTO DE BOYACÁ, **la cual a la fecha no genera rendimientos financieros.**

Se expide a solicitud del interesado en forma confidencial y sin que implique alguna responsabilidad de nuestra parte el día 22/12/2025.

Cordialmente,



Firma Autorizada

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Banco Davivienda S.A.

DAVIVIENDA

CERTIFICACIÓN

VILLA DE LEYVA, 14/08/2025

BOYACÁ

COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que la Empresa **E.S.E HOSPITAL SAN FRANCISCO DE VILLA DE LEYVA** identificada con NIT número **891.800.906-3,**, posee en el Banco Davivienda, Una cuenta **corriente** número **177769999257,** con fecha de apertura 23/07/2021, a la fecha se encuentra vigente para el manejo exclusivo de los recursos del convenio interadministrativo #2578 de 2025 cuyo objeto es para FINANCIAR LOS GASTOS DE LA OPERACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN LA E.S.E. HOSPITAL SAN FRANCISCO DE VILLA DE LEYVA PARA LA VIGENCIA 2025 CON RECURSOS DE SUBSIDIO A LA OFERTA ASIGNADOS AL DEPARTAMENTO DE BOYACÁ.

Se expide a solicitud del interesado en forma confidencial y sin que implique alguna responsabilidad de nuestra parte el día 14/08/2025.

Cordialmente,

DAVIVIENDA
1777 - OFICINA VILLA DE LEYVA

Firma Autorizada

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

LA TESORERA GENERAL DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN FRANCISCO DE VILLA DE LEYVA

CERTIFICA:

Que, la cuenta con destino exclusivo para los recursos del Convenio Interadministrativo, N°2578 de 2025, cuyo objeto es "FINANCIAR LOS GASTOS DE LA OPERACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN LA E.S.E. HOSPITAL SAN FRANCISCO DE VILLA DE LEYVA PARA LA VIGENCIA 2025 CON RECURSOS DE SUBSIDIO A LA OFERTA ASIGNADOS AL DEPARTAMENTO DE BOYACÁ", es una cuenta corriente, razón por la cual no genera rendimientos financieros.

La presente se expide en Villa de Leyva – Boyacá, a los 27 días del mes de noviembre de 2025.

YOLANDA ESPITIA HURTADO
Tesorera General

ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE VILLA DE LEYVA

NIT 891800906-3
KM 1 VIA ARCABUCO CEL. 3124524119
Villa de Leyva - Boyacá

Cod. IPS: 154070084101

Facturación Electrónica, según resolución de la DIAN No 18764076228159 con vigencia del 2024-07-31 al 2026-07-31. Numeración habilitada del 200001 al300000 y prefijo SFFE

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. SFFE- 281457

Fecha Factura:	04/12/2025	
Fecha Vencimiento:	04/12/2025	
Fecha Validación DIAN:	04/12/2025	10:48:00
Fecha Inicial:	04/12/2025	
Fecha Final:	04/12/2025	

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

CUFE: e4841700f7a73247bd6cc7412116cb6fe9a10b71f2cea4e7aaa09071ce95c460ccae77545cce402e468b748aa6a99fb6

Elaborado por: ADMINISTRADOR SISTEMA

Administradora: DEPARTAMENTO DE BOYACA

Nit: 891.800.498-1

Convenio: SUBSIDIOOFERTA - 2578-2025

Representante: Carlos Andrés Amaya Rodríguez

Fecha Convenio: 01/01/2025 a 31/12/2025 **Teléfono:** 7424820

Forma pago: Crédito

Plazo (Días): 0

Cobertura: Cobertura Salud Pública

Contratacion: Otra modalidad (Pago por

OBSERVACIONES:

SEGUNDO PAGO EQUIVALENTE AL 30% DEL CONVENIO INTERADMINSITRATIVO 2578-2025
OBJETO: FINANCIAR LOS GASTOS DE LA OPERACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN LA E.S.E. ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE VILLA DE LEYVA PARA LA VIGENCIA 2025 CON RECURSOS DE SUBSIDIO A LA OFERTA ASIGNADOS AL DEPARTAMENTO DE BOYACÁ

DOCUMENTO	NOMBRE	TIPO USUARIO	COPAGO	PÓLIZA	AUTORIZACIONES	N° Mipres	Entrega Mipres

Valor en Letras:

CIENTO DIEZ MILLONES SETECIENTOS DOCE MIL SETECIENTOS SETENTA Y UN PESOS CON TRES CENTAVOS MCTE

TOTAL CARGOS	110,712,771.30
DESCUENTO	0.00
TOTAL A CANCELAR	110,712,771.30

Impreso por: CNT Sistemas de Información SAS, NIT. 800031148-6, Software PACIENTES

Frima Paciente

Firma Representante Legal

HSF -114-25

INFORME ESPECIAL

CUMPLIMIENTO ARTICULO 50 DE LEY 789 DE 2002

SUBSIDIO A LA OFERTA

Nosotros Gerente y Contador Público de la Empresa Social del Estado Hospital San Francisco de Villa de Leyva, certificamos que se ha efectuado los procedimientos de revisión que se detallan a continuación con el propósito de verificar el pago efectuado por la E.S.E, la cual se encuentra al día en sus aportes a los sistemas de salud, pensiones y riesgos laborales, así como el pago oportuno de los aportes parafiscales (SENA, ICBF y Caja de Compensación Familiar), correspondiente al periodo comprendido entre el 1° de enero al 27 de noviembre del año 2025. El pago de estos aportes es responsabilidad de la Administración de la Empresa Social del Estado Hospital San Francisco de Villa de Leyva, como parte de su gestión. Mi responsabilidad de acuerdo con lo establecido en el artículo 50 de la ley 789 del 27 de diciembre de 2002, es emitir un informe sobre el cumplimiento de tales obligaciones.

Los procedimientos de revisión realizados fueron los siguientes:

1. Indagación con el personal del área responsable, en relación con los procedimientos utilizados para la identificación y pago de los aportes a los sistemas de salud, pensiones y riesgos laborales, así como el pago oportuno de los aportes parafiscales (SENA, ICBF y Caja de Compensación Familiar).
2. Obtención del listado de liquidación de aportes a los sistemas de salud, pensiones y riesgos profesionales, así como el pago oportuno de los aportes parafiscales (SENA, ICBF y Caja de Compensación Familiar, correspondiente al periodo comprendido del 1° de enero al 27 de noviembre del año 2025, preparado por la Empresa Social del Estado Hospital San Francisco de Villa de Leyva, y
3. Comparación del listado obtenido según se menciona en el numeral anterior con los documentos soporte de los respectivos pagos efectuados por la Empresa Social del Estado Hospital San Francisco de Villa de Leyva.
4. Con base en el resultado de los procedimientos enumerados anteriormente sobre el pago correspondiente al periodo comprendido entre el 1° de enero al 27 de noviembre del año 2025, comunico que, a la fecha del presente informe, la Empresa Social del Estado Hospital San Francisco de Villa de Leyva se encuentra al día en el pago de los aportes a los sistemas de salud, pensiones y riesgos laborales, así como el pago oportuno de los aportes parafiscales (SENA, ICBF y Caja de Compensación Familiar).

Se expide en Villa de Leyva a los veintisiete (27) días del mes de noviembre del año dos mil veinticinco (2025).

MARÍA EUGENIA MONTEJO PÁEZ
Gerente

JOSÉ ALEDY SALAZAR GIRALDO
Contador Público **T.P 93955T**