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

| | | | |
|---|---|---|---|
| FECHA PRESENTE ACTA | 30-12-2025 | | |
| CONVENIO INTERADMINISTRATIVO_X_ CONVENIO INTERINSTITUCIONAL_____ CONTRATO INTERADMINISTRATIVO ____ | | No. 2665 | DE FECHA:25 DE JULIO DEL 2025 |
| OBJETO | FINANCIAR LOS GASTOS DE LA OPERACIÓN DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA E.S.E EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRA PARA LA VIGENCIA 2025 CON RECURSOS DE SUBSIDIO A LA OFERTA ASIGNADOS AL DEPARTAMENTO DE BOYACA | | |
| CONTRATISTA | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRÁ<br>R/L JULIANA DEL PILAR CORTAZAR MURILLO | | NIT:820.005.389-7<br>C.C:46.680.219 |
| INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR | YENNY ALEJANDRA LEON BARRAGAN | | C.C:1.032.449.867 |
| VALOR DEL CONVENIO : | VALOR : | $ 916.565.249,00 | |
| | APORTE DEPARTAMENTO: | $ 916.565.249,00 | |
| | APORTE DE CONTRAPARTE: | $ 0,00 | |
| ADICIONAL N° _____ | VALOR | $ 0,00 | |
| ADICIONAL N° _____ | VALOR | $ 0,00 | |
| VALOR TOTAL CON ADICIONES | | $ 916.565.249,00 | |
| 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 | DEL 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:__5879___ 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, JULIANA DEL PILAR CORTAZAR MURILLO, mayor de edad e identificado con la cédula de ciudadanía No.46.680.219 expedida en CHIQUNQUIRA, quien obra en calidad de contratista y quien en adelante se denominará EL CONTRATISTA, y YENNY ALEJANDRA LEON BARRAGAN 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 (_2665_) 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 OCASIÓN 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 | $ 641.595.674,30 |
| Sumatoria Amortizaciones | $ 641.595.674,30 |
| 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 | $ 916.565.249,00 | |
| Valor Aporte Contraparte | | $ - |
| Amortización Anticipo | | $ 641.595.674,30 |
| Valor a pagar de la presente acta | | $ 274.969.574,70 |
| 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** | $ 916.565.249,00 | $ 916.565.249,00 |

**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:386069991225 | 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. 2665 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:

Gobernación de Boyacá | Contratación
RADICADO
SECCON- 2585 - 2025

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

Firma: _____
Nombre: YENNY ALEJANDRA LEON BARRAGAN
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____
Nombre: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRA / JULIANA DEL PILAR CORTAZAR MURILLO
CONTRATISTA

Firma: _____
Nombre: INGRID MARGARITA GALAN DIAZ
SECRETARIO SECTORIAL

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

Gobernación de Boyacá Contratación
REVISADO
ERIKA XIMENA RODRIGUEZ FONSECA
Fecha:___ 30-12-2025 __

* 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