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

FECHA PRESENTE ACTA	29/12/2025		
CONVENIO INTERADMINISTRATIVO__X__ CONVENIO INTERINSTITUCIONAL_____ CONTRATO INTERADMINISTRATIVO ____		No. 2686	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 SEDE UNIDAD BASICA DE ATENCION DEL MUNICIPIO DE LA VICTORIA 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		NIT:820.005.389-7
	R/L JULIANA DEL PILAR CORTAZAR MURILLO		C.C:46.680.219
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR	YENNY ALEJANDRA LEON BARRAGAN		C.C:1.032.449.867
VALOR DEL CONVENIO :	VALOR :	$ 203.810.721,00	
	APORTE DEPARTAMENTO:	$ 203.810.721,00	
	APORTE DE CONTRAPARTE:	$ 0,00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$ 0,00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$ 0,00	
VALOR TOTAL CON ADICIONES		$ 203.810.721,00	
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:__5885_____ 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 (_2686_) 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	$ 142.667.504,70
Sumatoria Amortizaciones	$ 142.667.504,70
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 asignado en observaciones o aclaraciones de la presente acta.*

BALANCE DE PAGO

CONCEPTO	DEBE	HABER
Valor Aporte Departamento	$ 203.810.721,00	
Valor Aporte Contraparte		$ -
Amortización Anticipo		$ 142.667.504,70
Valor a pagar de la presente acta		$ 61.143.216,30
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	$ 203.810.721,00	$ 203.810.721,00

**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: 386069990409	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. _2686___ 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.

Firma: _____

Nombre: YENNY ALEJANDRA LEON BARRAGAN

INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____

Nombre: INGRID MARGARITA GALAN DIAZ

SECRETARIO SECTORIAL

Firma: _____

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

CONTRATISTA

Firma: _____

Nombre: JORGE MARIO IBAÑEZ ARANGO

DEPARTAMENTO DE BOYACÁ

Gobernación de Boyacá | Contratación
RADICADO
SECCON- 2569 - 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

Gobernación de Boyacá Contratación

REVISADO
GABRIEL EDUARDO JOSE MONSALVE BOTIA
Fecha: 29/12/2025