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____ CONVENIO INTERINSTITUCIONAL_____ CONTRATO INTERADMINISTRATIVO __X__			Nro.2935	DE FECHA: 25/08/2025
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DE IDENTIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS A POBLACIÓN PRIORIZADA NRO 1			
CONTRATISTA	HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA ESE			NIT: 891800395-1
	ANA MARITZA DAVILA BARON			CC: 33367116
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR	MANUEL ALFONSO MEDINA			CC:40047757
VALOR DEL CONVENIO :	VALOR :	122.619.464,00		
	APORTE DEPARTAMENTO:	$ 0,00		
	APORTE DE CONTRAPARTE:	$ 0,00		
ADICIONAL N° _____	VALOR	$ 0,00		
ADICIONAL N° ___NA____	VALOR	$ 0,00		
VALOR TOTAL CON ADICIONES	$ 122.619.464,00			
PLAZO INICIAL	A PARTIR DE LA SUSCRIPCION DE LA FIRMA DEL ACTA DE INICIO HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2025			
PRORROGA N° __NA___	Tiempo:	NA	De Fecha:	NA
PRORROGA N° __NA___	Tiempo:	NA	De Fecha:	NA
PLAZO TOTAL	A PARTIR DE LA SUSCRIPCION DE LA FIRMA DEL ACTA DE INICIO HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2025			
FECHA DE INICIACIÓN	27/08/2025			
ACTA DE SUSPENSIÓN N° ___NA_	De Fecha:	NA		
ACTA DE REINICIACIÓN N° ___NA_	De Fecha:	NA		
FECHA DE TERMINACIÓN	31/12/2025			
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	15/12/2025			
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	27/08/2025 AL 15/12/2025			
RBPP N°	2024 00415 0367			

N°s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No:_6539_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 1 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 Consitucional), por una parte y por la otra parte, ANA MARITZA DAVILA BARON , mayor de edad e identificado con la cédula de ciudadanía No. CC: 33367116 quien obra en calidad de contratista y quien en adelante se denominará EL CONTRATISTA, y el señor (a) MANUEL ALFONSO MEDINA INTERVENTOR / SUPERVISOR , hemos acordado suscribir la presente acta de liquidación de mutuo acuerdo, la cual tiene como soportes los informes presentados por la interventoria y/o supervision del contrato Nro.2935-2024 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° NO APLICA de conformidad con la normatividad vigente.

ADICIONALES

No.	FECHA	TIEMPO	VALOR	APORTES ADICIONAL REALIZADO POR:
1		NA	$ 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	$ 0,00
Sumatoria Amotizaciones	$ 0,00
Saldo por Amortizar	$ 0,00

**Nota al anticipo: En los casos en los que existan diferentes fuentes de financiacion debe discriminarse el anticipo por cada fuente de financiacion, segun hoja anexa de fuentes de financiacion (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	122.619.464,00	
Valor Aporte Contraparte	-	-
Amortización Anticipo		-
Valor a pagar de la presente acta		122.406.680,48
Valor Total actas pagadas Departamento		-
Valor ejecutado por la Contraparte		-
Saldo sin ejecutar Departamento (Liberar por el Departamento)		212.783,52
Saldo sin ejecutar Contraparte		-
Valor a Reintegrar al Departamento (Cuando aplique)		-
Sumas iguales	$ 122.619.464,00	$ 122.619.464,00

**Nota al balance: En los casos en los que existan diferentes fuentes de financiacion debe discriminarse el balance por cada fuente segun hoja anexa (fuentes de financiacion- 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.

CUENTA BANCARIA EN LA QUE SE CONSIGNA EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA

No. CUENTA: 176769998178	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 Contrato Interadministrativo Nro.2935 DE FECHA: 25/08/2025. 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: MANUEL ALFONSO MEDINA
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____
Nombre: INGRID MARGARITA GALAN DIAZ
SECRETARIO SECTORIAL

Firma: _____
Nombre: HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA ESE
CONTRATISTA
ANA MARITZA DAVILA BARON

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 Tesoreria, Contratista, Supervisor y/o Interventor**

Gobernación de Boyacá | Contratación
RADICADO
SECCON- 2591 - 2025