Jurídica

Instituto Departamental de Salud de Nariño	ACTA DE PAGO FINAL Y LIQUIDACION		
	CÓDIGO: F-GGJOAJ01-22	**VERSIÓN:** 04	**FECHA:**22-04-2021

DATOS GENERALES DEL CONTRATO O CONVENIO	
Tipo	COMPRAVENTA
Número	2025000595
Modalidad	SELECCIÓN ABREVIADA SUBASTA INVERSA
Contratista	BOSTONIA SAS
Objeto	El Contratista se obligará con el Instituto Departamental de Salud de Nariño, a suministrar los equipos descritos en el Anexo Técnico.
Valor	TRES MILLONES CIENTO CINCUENTA Y TRES MIL QUINIENTOS PESOS M/C($3.153.500).
RUT	800.119.030-6
N° CDP Y FECHA	2025000166 de 09/01/2025

En las instalaciones del IDSN se reunieron **ALDER AUDREY TIBAQUIRA DÍAZ** en calidad de representante legal de BOSTONIA SAS, **JORGE LUIS CERON PEREZ**, en su calidad de supervisor y **OSCAR FERNANDO CERON ORTEGA** en su calidad de subdirector de Salud Pública, con el fin de realizar el acta final y de liquidación del contrato de la referencia, teniendo en cuenta el informe de actividades anexo.

1. De acuerdo con lo informado, los valores parciales a cancelar son:

DESCRIPCION	%IA[1]	VIA	%RP	VRP	%A cum	Valor Acumulado
El Instituto Departamental de Salud de Nariño, requiere contratar la compra de los equipos descritos en el Anexo Técnico que hace parte integral del presente estudio previo.	0	0	100%	$3.153.500	100%	$3.153.500
SUMAN	0	0	100%	$3.153.500	100%	$3.153.500

2. Pago de gastos de viaje y/o transporte:

De acuerdo a lo establecido en el contrato los gastos de viaje y/o transportes generados en eldesarrollo de las actividades relacionadas en la presente acta son:

No. De Registro de gastos de viaje y/o transporte:

Scanned with CamScanner

DESCRIPCION	VALOR
Gastos de viaje **(A) Rubro:**	$0
Transporte **(B) Rubro**:	$0
VALOR A PAGAR **(A+B)**	$0

3. Recibo a satisfacción:

Se recibe a satisfacción los trabajos ejecutados dentro del contrato en un porcentaje del (100%) de acuerdo a las actividades programadas y con los plazos establecidos, así:

[1] %IA: % de informes anteriores
VIA: valor de informes anteriores

%RP: % reconocido en el periodo
VRP: valor reconocido en el periodo

Plazo del contrato:	130 días
Fecha de inicio:	29/08/2025
Fecha de terminación:	05/12/2025
Tiempo de ejecución:	98 días
Relación de suspensiones o ampliaciones: N/A	

4. Validación de seguridad social y aportes:

Verificación de aportes	SI	NA	Valor Cotizado	No. Planilla
Sistema integral de seguridad social	X		$ 6.213.000	35529538
• Salud	X		$ 1.013.400	35529538
• Pensión	X		$ 4.053.600	35529538
• Riesgos Profesionales	X		$ 132.600	35529538
Aportes parafiscales	X		$ 1.013.400	35529538

Scanned with CamScanner

5. Valores a cancelar:

DESCRIPCION	VALOR
Valor Total del Contrato **(A)**	$3.153.500
Valor Anticipo o Pago Anticipado **(B)**	$0
Valor a pagar de Honorarios en la presente acta **(C)**	$3.153.500
Valor a pagar de Gastos de viaje y/o transporte en la presente acta **(D)**	$0
Amortización anticipo **E = (B*(C+D))/A**	$0

Valor total de pagos parciales según comprobantes de Egreso **(F)**	$0
VALOR A PAGAR (C+D)-E	$3.153.500
Saldo a favor del IDSN	$0
Saldo a favor del Contratista	$0

Nota: Relacione en el pie de página los valores

Total, valor a pagar: TRES MILLONES CIENTO CINCUENTA Y TRES MIL QUINIENTOS PESOS ($3.153.500).

6. Sanciones: "Relacionar si hubo imposición de multas u otros y el valor

Sanciones o multas	Valor
N/A	$0
N/A	$0

7. Número de Egresos Actas de Pago Parciales:

No Acta de Pago Parcial	Fecha Acta de Pago Parcial	Valor Acta de Pago Parcial	No Egreso	Fecha Egreso	Valor del Egreso
N/A	N/A	0	N/A	N/A	$0
	TOTAL	0		**TOTAL**	$0

Scanned with CamScanner

8. Calificación de cumplimiento y calidad del servicio:

EXCELENTE	X
BUENA	
REGULAR	
MALA	

Conformes las partes con lo que se ha estipulado lo firman el día: 29 DIC 2025

ALDER AUDREY TIBAQUIRA DIAZ

Firmado digitalmente por ALDER AUDREY TIBAQUIRA DIAZ
Fecha: 2025.12.09 09:31:45 -05'00'

ALDER AUDREY TIBAQUIRA DÍAZ
Contratista

JORGE LUIS CERON PEREZ
Supervisor

OSCAR FERNANDO CERON ORTEGA
Subdirector de Salud Pública

ANA BELÉN ARTEAGA TORRES
Director

Scanned with CamScanner