GOBERNACIÓN DE Boyacá	FORMATO	VERSIÓN: 0 CÓDIGO: A-AD-GC-F-062
ACTA DE ACLARACION		FECHA: 24/Jul/2019

FECHA PRESENTE ACTA	10/02/2026		
CONTRATO /CONVENIO	**No. 2935**	**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 ANA MARITZA DAVILA BARON		NIT: 891800395-1 CC: 33367116
SUPERVISOR	MANUEL ALFONSO MEDINA		

En las oficinas de la Secretaría de Salud de Boyacá se reunieron los señores, MANUEL ALFONSO MEDINA Interventor / Supervisor, y el señor (a) ANA MARITZA DAVILA BARON como representante legal o contratista, con el fin de suscribir la presente acta.

Documento a aclarar	ACTA DE RECIBO FINAL A SATISFACCIÓN
Motivo de la aclaracion	ERROR EN EL NUMERO DEL RP

Teniendo en cuenta lo anterior las partes acuerdan aclarar el documento correspondiente al ACTA DE RECIBO FINAL A SATISFACCIÓN de fecha 15 DE DICIEMBRE de 2025 en el siguiente sentido :

Por error involuntario se reportó N°s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC 6539 de 2025 siendo lo correcto el RPC Nro. 6552 del 2025

OBSERVACIONES O ACLARACIONES:

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

Nombre: MANUEL ALFONSO MEDINA
SUPERVISOR

ANA MARITZA DAVILA BARON
CONTRATISTA
HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA ESE

* Si se requiere se pueden adicionar más firmas.

Gobernación de Boyacá Contratación MIGUEL ANGEL CORONADO FECHA