GOBERNACIÓN DE Boyacá	**FORMATO**	**VERSIÓN: 0**
		CÓDIGO: A-AD-GC-F-042
ACTA PARCIAL		**FECHA: 24/Jul/2019**

ACTA PARCIAL	1			
FECHA PRESENTE ACTA	**27/11/2025**			
CONTRATO _X___ CONVENIO _____	1874		DE FECHA:	28/03/2025
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE CONCURRENCIA DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DEL DEPARTAMENTO DE BOYACÁ NRO. 61			
CONTRATISTA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE TOGUI			NIT:820003435-9
	ABRIL SANCHEZ LINA ROSA			CC:40046185
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR	NANCY YIZETH CHAPARRO PARADA			CC:40047757
VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO :	VALOR INICIAL :	137.507.292,00		
	APORTE DEPARTAMENTO:	$ 0,00		
	APORTE DE CONTRAPARTE:	$ 0,00		
ADICIONAL N° __1_____	VALOR	34.794.577,40		
ADICIONAL N° ___NA_____	VALOR	$ 0,00		
VALOR TOTAL CON ADICIONES	$ 172.301.869,40			
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	31/03/2025			
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	NA			
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	31/03/2025 AL 30/09/2025			
RBPP N°	2024 00415 0367			

N°s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No:_3484_AÑO: _2025_, RPC No:_6281_AÑO: _2025_,

En las oficinas de la Secretaria de salud de Boyacá se reunieron los señores, NANCY YIZETH CHAPARRO PARADA Interventor / Supervisor y el señor ABRIL SANCHEZ LINA ROSA como representante legal o contratista, con el fin de suscribir la presente acta.

En visita al lugar de los trabajos se constató, que lo ejecutado está de acuerdo con las especificaciones, caracteristicas y condiciones estipuladas en el contrato o convenio y registradas en los informes, por tanto el suscrito supervisor 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 del mes (es) NO APLICA de conformidad con la normatividad vigente.

CONTROL ANTICIPOS

Valor Anticipo	$ 55.002.916,80
Sumatoria Amotizaciones	$ 55.002.916,80
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 del contrato	172.301.869,40	
Amortización Anticipo		55.002.916,80
Valor a pagar de la presente acta		27.501.458,40
Valor Total actas pagadas		-
Saldo por ejecutar		89.797.494,20
Sumas iguales	172.301.869,40	172.301.869,40

**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.*

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

No. CUENTA:	176769998152	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.

OBSERVACIONES O ACLARACIONES:

Gobernación de Boyacá | Contratación
RADICADO
SECCON-2288-2025

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

Firma: _____
Nombre: NANCY YIZETH CHAPARRO PARADA
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____
Nombre: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE TOGUI
CONTRATISTA
RL ABRIL SANCHEZ LINA ROSA

* 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 Secretaría de Contratación — Copias: Orden de Pago Tesorería, Contratista, Supervisor y/o Interventor