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

ACTA PARCIAL	1		
FECHA PRESENTE ACTA	26/03/2026		
CONTRATO __X__ CONVENIO ___	CO1.PCCNTR.9336864/2364	DE FECHA: 16/02/2026	
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD DE RESPUESTA EN SALUD		
CONTRATISTA	ANDIRESCATES S.A.S		NIT:900.475.562-0
	FREDY MOLINA PARRA		9.397.072
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR	INGRID MARGARITA GALÁN DÍAZ		C.C: 46.683.525
VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO :	VALOR INICIAL :	$ 1,032,031,300.00	
	APORTE DEPARTAMENTO:	$ 1,032,031,300.00	
	APORTE DE CONTRAPARTE:	$ 0.00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$ 0.00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$ 0.00	
VALOR TOTAL CON ADICIONES	$ 1,032,031,300.00		
PLAZO INICIAL	UN (01) MES Y QUINCE (15) DÍAS CONTADOS A PARTIR DE LA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DEINICIO		
PRORROGA N° _____	Tiempo:	De Fecha:	
PRORROGA N° _____	Tiempo:	De Fecha:	
PLAZO TOTAL	UN (01) MES Y QUINCE (15) DÍAS CONTADOS A PARTIR DE LA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DEINICIO		
FECHA DE INICIACIÓN	2/03/2026		
ACTA DE SUSPENSIÓN N° _____	De Fecha:		
ACTA DE REINICIACIÓN N° _____	De Fecha:		
FECHA DE TERMINACIÓN	17/04/2026		
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	17/04/2026		
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	05/03/2026 AL 14/03/2026		
RBPP N°	202500000040589 DE 24 DE OCTUBRE DE 2025		

No/s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No:_3106__ AÑO: _2026__, RPC No: _____ AÑO_____.

En las oficinas de la Secretaría de Salud de Boyacá se reunieron los señores, INGRID MARGARITA GALÁN DÍAZ Interventor / Supervisor y el señor FREDY MOLINA PARRA 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 de acuerdo a la(s) planilla (s) N° 6010055865 del mes (es) marzo de conformidad con la normatividad vigente.

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 del contrato	$ 1,032,031,300.00	$ 0.00
Amortización Anticipo	$ 0.00	$ 0.00
Valor a pagar de la presente acta	$ 0.00	$ 516,015,650.00
Valor Total actas pagadas	$ 0.00	$ 0.00
Saldo por ejecutar	$ 0.00	$ 516,015,650.00
Sumas iguales	$ 1,032,031,300.00	$ 1,032,031,300.00

**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.*

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

No. CUENTA: 596635722	BANCO: BANCO DE BOGOTÁ	AHORROS: X	CORRIENTE:

*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:

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

Firma: _____
Nombre: INGRID MARGARITA GALÁN DÍAZ
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____
Nombre: FREDY MOLINA PARRA
CONTRATISTA

* 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

Gobernación de Boyacá Contratación
MARIO ALEXANDER QUINTERO
17-04-2026
FECHA

Gobernación de Boyacá | Contratación
RADICADO
SECCON - 0277 - 2026