GOBERNACIÓN DE BOYACÁ	FORMATO	VERSIÓN: 1
		CÓDIGO: A-AD-GC-F-040
ACTA DE LIQUIDACIÓN DE CONVENIO		FECHA: 07/Oct/2021

FECHA PRESENTE ACTA	23 DE ABRIL DE 2026		
CONVENIO INTERADMINISTRATIVO__ CONVENIO INTERINSTITUCIONAL___ CONTRATO INTERADMINISTRATIVO _X__		No. 733	DE FECHA: 12/02/2023
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA CONCURRENCIA DE LAS ACCIONES DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA EN APLICACIÓN AL PRINCIPIO DE COMPLEMENTARIEDAD N° 44		
CONTRATISTA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE MOTAVITA R/L: LAURA CONSUELO CAMACHO VALERO		NIT: 820.003.404-0 C.C: 40031553
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR	SANDRA MILENA ANTOLINEZ AUNTA		C.C: 33366141
VALOR DEL CONVENIO:	VALOR:	$30.400.000	
	APORTE DEPARTAMENTO:	$ 0,00	
	APORTE DE CONTRAPARTE:	$ 0,00	
ADICIONAL N° N.A.	VALOR	$ 0.00	
ADICIONAL N° N.A.	VALOR	$ 0,00	
VALOR TOTAL CON ADICIONES		$30.400.000	
PLAZO INICIAL	A partir del acta de inicio hasta el 30 de diciembre de 2025		
PRORROGA N° N.A.	Tiempo: No aplica	De Fecha:	No aplica
PRORROGA N° N.A.	Tiempo: No aplica	De Fecha:	No aplica
PLAZO TOTAL	A partir del acta de inicio hasta el 30 de diciembre de 2025		
FEHA DE INICIACIÓN	13/02/2025		
ACTA DE SUSPENSIÓN N° N.A.	De Fecha: No aplica		
ACTA DE REINICIACIÓN N° N.A.	De Fecha: No aplica		
FECHA DE TERMINACIÓN	30 de diciembre de 2025		
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	30 de diciembre de 2025		
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	Del 01/09/2025 al 30/12/2025		
RBPP N°	2024 00415 0343		

No/s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No 1378 AÑO: 2025

Los suscritos, JORGE MARIO IBAÑEZ ARANGO, mayor de edad, domiciliado en TUNJA, identificado con la cédula de ciudadanía No. 7.181.256 expedida en Tunja, en su condición de Secretario de Contratación, delegado para la contratación mediante Decreto 093 del 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 artículo 83 Constitucional), por una parte y por la otra parte, LAURA CONSUELO CAMACHO VALERO, mayor de edad e identificadocon la cédula de ciudadanía No. 40031553 expedida en TUNJA, quien obra en calidad de contratista y quien en adelante se denominará EL CONTRATISTA, y la señora SANDRA MILENA ANTOLINEZ AUNTA, INTERVENTOR/SUPERVISOR, hemos acordado suscribir la presente acta de liquidación de mutuo acuerdo, la cual tiene como soportes los informes presentados por la interventoría y/o supervisión del contrato **733** de 2025 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 de acuerdo a la(s) planilla (s) N° No aplica del mes (es) No aplica de conformidad con la normatividad vigente.

ADICIONALES

N°	FECHA	TIEMPO	VALOR	APORTES ADICIONAL REALIZADO POR:
1			$ 0,00	
2			$ 0,00	
3			$ 0,00	

CONTRATOS CELEBRADOS CON OCASIÓN DEL CONVENIO

N°	FECHA	OBJETO	VALOR CONTRATADO	VALOR	CONTRATISTA
			$ 0,00	$ 0,00	
			$ 0,00	$ 0,00	
			$ 0,00	$ 0,00	

CONTROL ANTICIPOS

Valor Anticipo	$ 0,00
Sumatoria Amortizaciones	$ 0,00
Saldo por Amortizar	$ 0,00

*Nota al anticipo: En los casos en los que existan diferentes fuentes de financiación debe discriminarse el anticipo por cada fuente de financiación, según hoja anexa de fuentes de financiación (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	$30.400.000	
Valor Aporte Contraparte		
Amortización Anticipo		
Valor a pagar de la presente acta		$7.380.000
Valor total actas pagadas Departamento		$21.280.000
Valor ejecutado por la Contraparte		$0
Saldo sin ejecutar Departamento (Liberar por el Departamento)		$1.740.000
Saldo sin ejecutar Contraparte		$0
Valor a Reintegrar al Departamento		$0
Sumas iguales	$30.400.000	$30.400.000

*Nota al balance: En los casos en los que existan diferentes fuentes de financiación debe discriminarse el balance por cada fuente según hoja anexa (fuentes de financiación- Balance), diligenciar y copiar cuadro el cual debe reflejarse en el espacio asignado en observaciones o aclaraciones de la presente acta.

Rendimientos Financieros $ 0,00

Reintegrar a la Cuenta Bancaria No. _____ del Banco _____ Departamento de Boyacá

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

No. CUENTA: 882-613168-67	BANCO: BANCOLOMBIA	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 No. **733** de 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: El representante legal presenta certificación de parafiscales la cual se anexa a la presente acta.

Gobernación de Boyacá | Contratación
RADICADO
SECCON - 0304 - 2026

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

Firma:_____
Nombre: SANDRA MILENA ANTOLINEZ AUNTA
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____
Nombre: LAURA CONSUELO CAMACHO VALERO
CONTRATISTA R/L: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE MOTAVITA

Firma: _____
Nombre: INGRID MARGARITA GALÁN DIAZ
SECRETARIA DE SALUD

Firma: _____
Nombre: JORGE MARIO IBAÑEZ ARANGO
DEPARTAMENTO DE BOYACÁ

Gobernación de Boyacá | Contratación
REVISADO
SANDRA MILENA QUIROGA FONSECA
Fecha: 23 DE ABRIL DE 2026

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 APLIQ
ANEXO: INFORME COMPLETO DE ACTIVIDADES FIRMADO POR EL CONTRATISTA Y EL SUPERVISOR Y/O INTERVE

Original: Archivo Carpeta Dirección de Contratación (Secretaría de Hacienda) Copias: Orden de Pago Tesorería, Contratista, Supervisor y/o Interventor