

|                                                                                                                                                         |         |                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----------------------|
|                                                                        | FORMATO | VERSIÓN: 3            |
| ACTA DE LIQUIDACIÓN                                                                                                                                     |         | CÓDIGO: A-AD-GC-F-030 |
|                                                                                                                                                         |         | FECHA: 21/Oct/2024    |
| FECHA PRESENTE ACTA 05-05-2026                                                                                                                          |         |                       |
| SUMINISTRO CONSULTORIA ____ ARRENDAMIENTO ____ OBRA ____ COMPRAVENTA ____ COMODATO ____ PRESTACION No. CO1.PCCNTR.8144177/2714 30/7/25                  |         |                       |
| OBJETO PRESTACIÓN DE SERVICIOS LOGÍSTICOS PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS TURÍSTICOS, PARA EL AÑO 2025 EN EL DEPARTAMENTO DE BOYACÁ |         |                       |
| CONTRATISTA SOLUCIONES SOLGO S.A.S                                                                                                                      |         |                       |
| R/L JUAN CAMILO SOLER GOMEZ NIT: 901821880-6                                                                                                            |         |                       |
| INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR ANA MARIA ROJAS VILLAMIL C.C. 901821880                                                                                      |         |                       |
| VALOR DEL CONTRATO \$ 63.938.642,00                                                                                                                     |         |                       |
| ADICIONAL N° 1 VALOR \$ 31.969.321,00                                                                                                                   |         |                       |
| ADICIONAL N° VALOR \$ 0,00                                                                                                                              |         |                       |
| VALOR TOTAL CON ADICIONES \$ 95.907.963,00                                                                                                              |         |                       |
| Hasta el 31 de diciembre de 2025, contados a partir del Acta de Inicio.                                                                                 |         |                       |
| PLAZO INICIAL                                                                                                                                           |         |                       |
| PRORROGA N° Tiempo: NA De Fecha:                                                                                                                        |         |                       |
| PRORROGA N° Tiempo: NA De Fecha:                                                                                                                        |         |                       |
| PLAZO TOTAL hasta el 31 de diciembre de 2025, contados a partir del Acta de Inicio.                                                                     |         |                       |
| FECHA DE INICIACION 8/8/25                                                                                                                              |         |                       |
| ACTA DE SUSPENSIÓN N° De Fecha: NA                                                                                                                      |         |                       |
| ACTA DE REINICIACIÓN N° De Fecha: NA                                                                                                                    |         |                       |
| FECHA DE TERMINACIÓN 31/12/25                                                                                                                           |         |                       |
| FECHA DE TERMINACIÓN REAL 31/12/25                                                                                                                      |         |                       |
| PERIODO AUTORIZADO A PAGAR DEL 13/12/2025 AL 31/12/2025                                                                                                 |         |                       |
| RBPB N° 2024 0415 0341-A1                                                                                                                               |         |                       |

No/s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No. 6013 Y 11554\_ AÑO: 2025\_.

Los suscritos, Jorge Mario Ibañez, mayor de edad, domiciliado en \_TUNJA\_, identificado con la Cédula de Ciudadanía No. \_7.181.256\_ de \_Tunja\_, en su condición de Secretario (a) de Contratación, Delegado para la contratación mediante Decreto \_N°093\_ de fecha \_01 de Febrero de 2019\_ y que para efectos del presente contrato se denominará el DEPARTAMENTO (quien firma atendiendo el principio de buena fe, previsto en el artículo 83 Constitucional), por una parte y por la otra parte, JUAN CAMILO SOLER GOMEZ, en calidad de representante legal de SOLUCIONES SOLGOP S.A.S., con Nit 901821880-6 quien obra en calidad de contratista y quien en adelante se denominará EL CONTRATISTA, y la señora \_ANA MARIA ROJAS VILLAMIL\_ 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 (\_CO1.PCCNTR.8144177/2714\_) 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 (Cuando Aplique) de acuerdo a CERTIFICADO DE PAGO DE PARAFISCALES, emitido por la empresa; de conformidad con la normatividad vigente.

Que el día ocho (8) del mes AGOSTO de 2025, para garantizar el cumplimiento del objeto del Contrato y/o Convenio, fue aprobada la Garantía única con los siguientes amparos y vigencias:

| ENTIDAD ASEGURADORA    | N° DE LA POLIZA | VIGENCIA                                                                    |               |               |
|------------------------|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------|
|                        |                 | CONCEPTO DEL AMPARO                                                         | Desde (D/M/A) | Hasta (D/M/A) |
| SEGUROS DEL ESTADO S.R | 39-44-101174462 | CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO                                                   | 30/7/25       | 1/7/26        |
|                        | 39-44-101174462 | CALIDAD DEL SERVICIO                                                        | 30/7/25       | 31/12/25      |
|                        | 39-44-101174462 | PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES | 30/7/25       | 31/12/28      |
|                        | 39-44-101174462 | CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES                             | 30/7/25       | 1/5/26        |
|                        | 39-40-101045629 | RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL                                      | 30/7/25       | 31/12/25      |
|                        |                 |                                                                             |               |               |

NOTA: Para el pago es necesario actualizar la Póliza.

El supervisor verificó el cumplimiento por parte del CONTRATISTA de sus obligaciones frente a los aportes a los sistemas de salud, pensiones y cuando a ello hubo lugar, riesgos profesionales, aportes a las Cajas de Compensación Familiar, ICBF y SENA.

#### 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 del contrato                                  | \$ 95.907.963,00 |                  |
| Amortización Anticipo                               |                  |                  |
| Valor a pagar de la presente acta                   |                  | \$ 6.226.280,00  |
| Valor Total actas pagadas                           |                  | \$ 89.681.703,00 |
| Saldo sin ejecutar (Liberar por el Departamento)    |                  |                  |
| Valor a Reintegrar al Departamento (Cuando aplique) |                  |                  |
| Sumas iguales                                       | 95.907.963,00    | \$ 95.907.963,00 |

\*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 (si los hubiere) \$ 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: 2500006510 | BANCO: BANCOLOMBIA | AHORROS: X | CORRIENTE: |
|------------------------|--------------------|------------|------------|

Las cantidades y valores consignados en la presente acta son responsabilidad exclusiva del contratista e interventor. El pago de la presente acta se realizará con base en el principio de confiabilidad y responsabilidad con que el interventor 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 de Prestación de Servicios CO1.PCCNTR.8144177/2714. 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:

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

Firma: 

Nombre: ANA MARIA ROJAS VILLAMIL  
INTERVENTOR

Firma:   
Nombre: ANA MARIA ROJAS VILLAMIL  
SECRETARIO SECTORIAL

Firma: 

SOLUCIONES SOLGO S.A.S  
R/L JUAN CAMILO SOLER GOMEZ  
CONTRATISTA

Firma:   
Nombre: JORGE MARIO IBANEZ  
DEPARTAMENTO DE BOYACA



\* 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 Secretaría de Contratación

Copias: Orden de Pago Tesorera, Contratista, Supervisor y/o Interventor