Gobernación de Boyacá	**FORMATO**	**VERSIÓN: 0**
		CÓDIGO: A-AD-GC-F-034
ACTA DE RECIBO FINAL A SATISFACCIÓN		**FECHA: 24/Jul/2019**

FECHA PRESENTE ACTA	29 DE DICIEMBRE DE 2022		
CONTRATO X CONVENIO _____	No.1802	DE FECHA: 29 DE MARZO DE 2022	
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA REALIZACIÓN DE EVALUACIONES MEDICAS OCUPACIONALES, VALORACIONES COMPLEMENTARIAS Y MANEJO DE HISTORIAS CLÍNICAS OCUPACIONALES.		
CONTRATISTA	ZONA MEDICA Y CARVAJAL IPS UT		NIT: 901.578.391-4
	REP. LEGAL: JUAN PABLO CARVAJAL ROJAS		C.C: 91.496.249
INTERVENTOR ___SUPERVISOR _X_	CAMILO ANDRÉS GUARNIZO ROMERO		C.C: 1.121.828.761
VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO :	VALOR INICIAL :	$ 77.000.000,00	
	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	$ 77.000.000,00		
PLAZO INICIAL	Ocho (08) meses contados a partir de la suscripción del acta de inicio.		
PRORROGA N°___N/A_	Tiempo: N/A	De Fecha: N/A	
PRORROGA N°___N/A_	Tiempo: N/A	De Fecha: N/A	
PLAZO TOTAL	Ocho (08) meses contados a partir de la suscripción del acta de inicio.		
FECHA DE INICIACIÓN	05 de Abril de 2022		
ACTA DE SUSPENSIÓN N° _N/A_	De Fecha: N/A		
ACTA DE REINICIACIÓN N° _N/A_	De Fecha: N/A		
FECHA DE TERMINACIÓN	4 DE DICIEMBRE DE 2022		
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	4 DE DICIEMBRE DE 2022		
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	5 DE ABRIL AL 4 DE DICIEMBRE DE 2022		
RBPP N°	N/A		

N°s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No 2724 AÑO: 2022.

En las oficinas de La Secretaria General, Direccion de Seguridad y Salud en el Trabajo se reunieron los señores, Camilo Andres Guarnizo Romero Interventor / Supervisor, y el señor JUAN PABLO CARVAJAL ROJAS 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 No. 23301572 del mes (es) Abril; planilla No.23585559 del mes (es) Mayo; planilla N° 23776491 del mes (es) Junio,planilla N° 23961782 del mes (es) Julio, planilla N° 24236385, del mes (es) Agosto, planilla N° 24469354 del mes (es)_Septiembre_; planilla N° 24745514 del mes (es)_Octubre, y planilla N° 25116302 del mes (es)_Noviembre, lo anterior por parte de la empresa CARVAJAL LABORATORIOS I.P.S. S.A.S, y las planillas N° 58974670 del mes (es) Abril; planilla N° 59711876 del mes (es) Mayo, planilla N° 60339051 del mes (es) Junio, planilla N° 61148274 del mes (es) Julio, planilla N° 61810020, del mes (es) Agosto, planilla N° _62653449_ del mes (es)_Septiembre_; planilla N° 63320064_ del mes (es)_Octubre, y planilla N° 64130594_ del mes (es)_Noviembre, correspondientes a la empresa ZONA MEDICA MR SAS 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 o Convenio	$ 77.000.000	
Amortización Anticipo		
Valor a pagar de la presente acta		$ 77.000.000
Valor Total actas pagadas		
Saldo sin ejecutar (Liberar por el Departamento)		
Valor a Reintegrar al Departamento (Cuando aplique)		
Sumas iguales	$ 77.000.000	$ 77.000.000

**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: 176300036272	BANCO: DAVIVIENDA	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: **CAMILO ANDRES GUARNIZO ROMERO**

INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____
Nombre: **ZONA MEDICA Y CARVAJAL IPS UT**
R.L. JUAN PABLO CARVAJAL ROJAS
CONTRATISTA

GOBERNACIÓN DE BOYACÁ
SECRETARÍA DE CONTRATACIÓN
TRAMITADO
Yuliet Katerine Rojas Ayala
Firma: _____ Fecha: 22/02/2023

* 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.