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	14 de mayo de 2024		
CONTRATO X CONVENIO __	No. 994	DE FECHA: 20/02/2023	
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA CONCURRENCIA DE LAS ACCIONES DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA EN APLICACIÓN AL PRINCIPIO DE COMPLEMENTARIEDAD N°10.		
CONTRATISTA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE ARCABUCO R/L: WILMAN GIOVANNI VELASCO BARON		NIT: 820.003.382-7 C.C: 74376643
INTERVENTOR __ SUPERVISOR X	CLARA SONIA GUERRERO BERNAL		C.C: 40026923
VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO:	VALOR INICIAL:		$ 19.000.000
	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			$ 19.000.000
PLAZO INICIAL	A partir del acta de inicio hasta el 29 de diciembre de 2023		
PRORROGA N° N/A	Tiempo: N/A	De Fecha:	N/A
PRORROGA N° N/A	Tiempo: N/A	De Fecha:	N/A
PLAZO TOTAL	A partir del acta de inicio hasta el 29 de diciembre de 2023		
FECHA DE INICIACIÓN	20/02/2023		
ACTA DE SUSPENSIÓN N° N/A	De Fecha: N/A		
ACTA DE REINICIACIÓN N° N/A	De Fecha: N/A		
FECHA DE TERMINACIÓN	29 de diciembre de 2023		
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	No aplica		
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	Del 1/09/2023 a 29 /12/2023		
RBPP N°	2022 00415 0254		

N°s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No: 1719 AÑO: 2023

En las oficinas de la Secretaría de Salud de Boyacá se reunieron los señores, CLARA SONIA GUERRERO BERNAL, Interventor / Supervisor, y el señor (a) WILMAN GIOVANNI VELASCO BARON, 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, características 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° No aplica del mes (es) No aplica de conformidad con la normatividad vigente.

CONTROL ANTICIPOS

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

*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.

BALANCE DE PAGO

CONCEPTO	DEBE	HABER
Valor del contrato o Convenio	$19.000.000	
Amortización Anticipo		
Valor a pagar de la presente acta		$4.615.000
Valor total actas pagadas		$13.300.000
Saldo sin ejecutar (Liberar por el Departamento)		$1.085.000
Valor a Reintegrar al Departamento (Cuando aplique)		$0
Sumas iguales	$19.000.000	$19.000.000

*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.

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

No. CUENTA: 61611974-9	BANCO: Bogotá	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:

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

Firma: _____
Nombre: CLARA SONIA GUERRERO BERNAL
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____
Nombre: R/L: WILMAN GIOVANNI VELASCO BARON
CONTRATISTA: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE ARCABUCO

BOYACÁ GRANDE GOBERNACION DE BOYACA
SECRETARIA CONTRATACION
REVISADO
LAURA CARMENZA PINILLA PINILLA
fecha 13/06/2024

* Si se requieren se pueden adicionar más 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 Dirección de Contratación (Secretaría de Hacienda) Copias: Orden de Pago Tesorería, Contratista, Supervisor y/o Interventor