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	13 DE DICEIMBRE DE 2024		
CONTRATO ____ CONVENIO ____	No. 3664	DE FECHA: 24/09/2024	
OBJETO	FINANCIAR LOS GASTOS DE LA OPERACIÓN DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA E.S.E. HOSPITAL SAN FRANCISCO SEDE CENTRO DE SALUD DE SANTA MARIA PARA LA VIGENCIA 2024 CON RECURSOS DE SUBSIDIO A LA OFERTA ASIGNADOS AL DEPARTAMENTO DE BOYACA.		
CONTRATISTA	ENTIDAD: ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO		NIT: 860.060.016-4
	R/L: OLGA PATRICIA MEJIA VARGAS		C.C: 47.428.000
INTERVENTOR __ SUPERVISOR __	SONIA YANNETH MANRIQUE HURTADO		C.C: 46.670.615
VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO :	VALOR INICIAL :	$ 244.510.262,00	
	APORTE DEPARTAMENTO:	$ 244.510.262,00	
	APORTE DE CONTRAPARTE:	$ 0,00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$ 0,00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$ 0,00	
VALOR TOTAL CON ADICIONES	$ 244.510.262,00		
PLAZO INICIAL	HASTA 31 DE DICIEMBRE DE 2024		
PRORROGA N° _____	Tiempo:NA	De Fecha:	
PRORROGA N° _____	Tiempo:NA	De Fecha:	
PLAZO TOTAL	HASTA 31 DE DICIEMBRE DE 2024		
FECHA DE INICIACIÓN	15 DE OCTUBRE DE 2024		
ACTA DE SUSPENSIÓN N° _____	De Fecha:		
ACTA DE REINICIACIÓN N° _____	De Fecha:		
FECHA DE TERMINACIÓN	31 DE DICIEMBRE DE 2024		
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	13 DE DICIEMBRE DE 2024		
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	EL 01 DE NOVIEMBRE DE 2024 HASTA EL 13 DE DICIEMBRE DE 2024		
RBPP N°	2024 00415 0119		

N°s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No:__7406_ AÑO: __2024____

En las oficinas de la secretaria de salud de Boyaca se reunieron los señores,Sonia Yanneth Manrique Hurtado Interventor / Supervisor, y la señora Olga Patricia Mejía Vargas 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 (Cuando Aplique) de acuerdo a la planilla N° 31776653 del mes noviembre de 2024 de conformidad con la normatividad vigente.

CONTROL ANTICIPOS

Valor Anticipo	$ 171.157.183,40
Sumatoria Amotizaciones	$ 171.157.183,40
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	$ 244.510.262,00	
Amortización Anticipo		$ -
Valor a pagar de la presente acta		$ 12.225.513,10
Valor Total actas pagadas		$ 232.284.748,90
Saldo sin ejecutar (Liberar por el Departamento)		$ -
Valor a Reintegrar al Departamento (Cuando aplique)		$ -
Sumas iguales	$ 244.510.262,00	$ 244.510.262,00

**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: 30500002746	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.

OBSERVACIONES O ACLARACIONES:

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

Firma: _____
Nombre: SONIA YANNETH MANRIQUE HURTADO
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____
Nombre: OLGA PATRICIA MEJIA VARGAS
CONTRATISTA

* Si se requieren se pueden adicionar mas firmas.

Gobernación de Boyacá | Contratación
REVISADO
SEBASTIAN APONTE ORTIZ
FECHA 13/12/2024

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 Contratacion **Copias: Orden de Pago Tesorería, Contratista, Supervisor y/o Interventor**