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	10/12/2024		
CONTRATO _X__ CONVENIO _____	No. 4557	DE FECHA:	2/12/2024
OBJETO	SUMINISTRO DE INSUMOS VETERINARIOS REQUERIDOS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE LA POLÍTICA PUBLICA DE PROTECCIÓN Y BIENESTAR ANIMAL 2024 EN EL DEPARTAMENTO DE BOYACÁ.		
CONTRATISTA	JOHANA KATHERINE LOPEZ FISCAL		NIT: 1.049.625.703-1
			C.C: 1.049.625.703
INTERVENTOR __ SUPERVISOR _X__	SUREN ANGELICA GARCIA VERA		C.C: 1.098.606.034
VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO :	VALOR INICIAL :	$ 18.832.963,35	
	APORTE DEPARTAMENTO:	$ 0,00	
	APORTE DE CONTRAPARTE:	$ 0,00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$ 0,00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$ 0,00	
VALOR TOTAL CON ADICIONES	$ 18.832.963,35		
PLAZO INICIAL	VEINTISEIS (26) DIAS HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2024		
PRORROGA N° _____	Tiempo: N/A	De Fecha:	
PRORROGA N° _____	Tiempo: N/A	De Fecha:	
PLAZO TOTAL	VEINTISEIS (26) DIAS HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2024		
FECHA DE INICIACIÓN	5/12/2024		
ACTA DE SUSPENSIÓN N° _____	De Fecha: N/A		
ACTA DE REINICIACIÓN N° _____	De Fecha: N/A		
FECHA DE TERMINACIÓN	31/12/2024		
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	10/12/2024		
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	05/12/2024 a 10/12/2024		
RBPP N°	2024004150397		

N°s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No: **10390** AÑO: **_2024_**, RPC No: _____ AÑO_____,

En las oficinas de LA SECRETARIA DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE se reunieron los señores,SUREN ANGELICA GARCIA VERA Interventor / Supervisor, y la señora JOHANA KATHERINE LOPEZ FISCAL 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 (s) N° _4582721673 del mes (es) Diciembre 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	$ 18.832.963,35	
Amortización Anticipo		
Valor a pagar de la presente acta		$ 18.832.963,35
Valor Total actas pagadas		
Saldo sin ejecutar (Liberar por el Departamento)		
Valor a Reintegrar al Departamento (Cuando aplique)		
Sumas iguales	$ 18.832.963,35	$ 18.832.963,35

**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: 923 620 429-94	BANCO: BANCOLOMBIA	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: Suren Angelica Garcia Vera.
Nombre: **SUREN ANGELICA GARCIA**
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____
Nombre: **JOHANA KATHERINE LOPEZ FISCAL**
CONTRATISTA

* Si se requieren se pueden adicionar mas firmas.

ANEXO: PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL MES CORRESPONDIENTE
ANEXO: INFORME COMPLETO DE ACTIVIDADES FIRMADO POR EL CONTRATISTA Y EL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR.

Gobernación de Boyacá | Contratación
REVISADO
SEBASTIAN APONTE ORTIZ
FECHA 19/12/2024

Original: Archivo Carpeta Secretaria de Contratacion Copias: Orden de Pago Tesoreria, Contratista, Supervisor y/o Interventor