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 _X_	No. 3458 DE 2024	DE FECHA:	18/09/2024
OBJETO	FINANCIAR LOS GASTOS DE LA OPERACIÓN DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA E.S.E. ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE VILLA DE LEYVA PARA LA VIGENCIA 2024 CON RECURSOS DE SUBSIDIO A LA OFERTA ASIGNADOS AL DEPARTAMENTO DE BOYACA		
CONTRATISTA	ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE VILLA DE LEYVA		NIT: 891.800.906-3
	R/L MARIA EUGENIA MONTEJO PAEZ		C.C: 40.041.650
INTERVENTOR ___SUPERVISOR	SONIA YANNETH MANRIQUE HURTADO		C.C: 46.670.615
VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO :	VALOR INICIAL :	$ 300.473.873,00	
	APORTE DEPARTAMENTO:	$ 300.473.873,00	
	APORTE DE CONTRAPARTE:	$ 0,00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$ 0,00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$ 0,00	
VALOR TOTAL CON ADICIONES	$ 300.473.873,00		
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	25 DE SEPTIEMBRE DE 2024		
ACTA DE SUSPENSIÓN N° _____	De Fecha: NA		
ACTA DE REINICIACIÓN N° _____	De Fecha: NA		
FECHA DE TERMINACIÓN	31 DE DICIEMBRE DE 2024		
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	13 DE DICIEMBRE DE 2024		
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	DESDE EL 1 DE OCTUBRE 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:___7127_ AÑO: __2024____

En las oficinas de la secretaria de salud de Boyaca se reunieron los señores,Sonia Yanneth Manrique Hurtado Interventor / Supervisor, y el señor Maria Eugenia Montejo Paez 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(s) planilla (s) N° N.A del mes (es) N.A de conformidad con la normatividad vigente.

CONTROL ANTICIPOS

Valor Anticipo	$ 210.331.711,00
Sumatoria Amotizaciones	$ 210.331.711,00
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	300.473.873,00	
Amortización Anticipo		-
Valor a pagar de la presente acta		15.023.694,00
Valor Total actas pagadas		285.450.179,00
Saldo sin ejecutar (Liberar por el Departamento)		-
Valor a Reintegrar al Departamento (Cuando aplique)		-
Sumas iguales	300.473.873,00	300.473.873,00

**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: 177769999257	BANCO: DAVIVIENDA	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:

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

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: MARIA EUGENIA MONTEJO PAEZ
CONTRATISTA: ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE VILLA DE LEYVA

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