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	24/12/2024			
CONTRATO __x__ CONVENIO ____	No. 4418		DE FECHA: 18/11/2024	
OBJETO	ADQUISICIÓN DE EQUIPOS DE RADIOCOMUNICACIONES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA RED DE EMERGENCIAS EN EL DEPARTAMENTO DE BOYACÁ			
CONTRATISTA	ENLACES INALAMBRICOS DIGITALES S.A.S.			NIT: 900.408.815-3
				C.C:
INTERVENTOR _ SUPERVISOR X	LUIS HERNANDO RAMIREZ ANGARITA			C.C: 6769859
VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO :	VALOR INICIAL :	$ 356.539.440,00		
	APORTE DEPARTAMENTO:	$ 356.539.440,00		
	APORTE DE CONTRAPARTE:	$ 0,00		
ADICIONAL N° _____	VALOR	$ 0,00		
ADICIONAL N° _____	VALOR	$ 0,00		
VALOR TOTAL CON ADICIONES	$ 356.539.440,00			
PLAZO INICIAL	HASTA 31 DE DICIEMBRE DE 2024			
PRORROGA N° ____	Tiempo:	N.A	De Fecha:	N.A
PRORROGA N° ____	Tiempo:	N.A	De Fecha:	N.A
PLAZO TOTAL	HASTA 31 DE DICIEMBRE DE 2024			
FECHA DE INICIACIÓN	02/12/2024			
ACTA DE SUSPENSIÓN N° _____	De Fecha:	N.A		
ACTA DE REINICIACIÓN N° _____	De Fecha:	N.A		
FECHA DE TERMINACIÓN	HASTA 31 DE DIDIEMBRE DE 2024			
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	24/12/2024			
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	2/12/2024 HASTA 24/12/2024			
RBPP N°	2023 00415 0164			

N°s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No:___9796_____ AÑO: ___2024_____, RPC No: _____ AÑO_____.

En las oficinas de UAEGRD se reunieron los señores, Luis Hernandoi Ramirez Angarita Interventor / Supervisor, y el señor Alejandro Dario Olaya Betancur 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	$ 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	$ 356.539.440,00	
Amortización Anticipo		
Valor a pagar de la presente acta		356.539.440,00
Valor Total actas pagadas		
Saldo sin ejecutar (Liberar por el Departamento)		
Valor a Reintegrar al Departamento (Cuando aplique)		
Sumas iguales	356.539.440,00	356.539.440,00

**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: 28066232818	BANCO: COLOMBIA	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: Luis Hernando Ramirez Angarita
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____
Nombre: Alejandro Dario Olaya Betancur
CONTRATISTA

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