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	DICIEMBRE DE 2024		
CONTRATO __X__CONVENIO _____	No. 0239	DE FECHA: 2 DE FEBRERO DE 2024	
OBJETO	ARRENDAMIENTO DE PREDIO CERRO GRANADILLO PARA UBICACIÓN DE ANTENA DE RADIOCOMUNICACIÓN A FIN DE ESTABLECER COMUNICACIÓN BIDIRECCIONAL ENTRE EL CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS Y LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD		
CONTRATISTA	JAVIER ERNESTO JIMENEZ CONTRERAS		NIT: 6766557-1
			C.C: 6.766.557
INTERVENTOR __SUPERVISOR	IRENE DIAZ EREGUA		C.C: 21.248.967
VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO :	VALOR INICIAL :	$ 19.054.488,00	
	APORTE DEPARTAMENTO:	$ 0,00	
	APORTE DE CONTRAPARTE:	$ 0,00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$ 0,00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$ 0,00	
VALOR TOTAL CON ADICIONES	$ 19.054.488,00		
PLAZO INICIAL	A PARTIR DE LA FIRMA DEL ACTA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO AL 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	A PARTIR DE LA FIRMA DEL ACTA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2024		
FECHA DE INICIACIÓN	2 DE FEBRERO DE 2024		
ACTA DE SUSPENSIÓN N° _____	De Fecha: N. A.		
ACTA DE REINICIACIÓN N° _____	De Fecha: N. A.		
FECHA DE TERMINACIÓN	Según Acta de inicio: **31 DE DICIEMBRE DE 2024**		
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	31 DE DICIEMBRE DE 2024		
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	N. A.		
RBPP N°	N. A.		

N°s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No:___579___AÑO: __2024__, RPC No: _____ AÑO_____.

En las oficinas de la SECRETARIA DE SALUD se reunieron los señores, IRENE DIAZ EREGUA Interventor / Supervisor, y el señor JAVIER ERNESTO JIMENEZ CONTRERAS 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° 4574557937 del mes de Noviembre y 4579052779 de 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	$ 19.054.488,00	$ -
Amortización Anticipo	-	
Valor a pagar de la presente acta	-	0
Valor Total actas pagadas	-	$ 19.054.488.00
Saldo sin ejecutar (Liberar por el Departamento)	-	-
Valor a Reintegrar al Departamento (Cuando aplique)	-	-
Sumas iguales	$ 19.054.488,00	$ 19.054.488,00

**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: 7302070304	BANCO: COLPATRIA	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: IRENE DIAZ EREGUA
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____
Nombre: JAVIER ERNESTO JIMENEZ CONTRERAS
CONTRATISTA

* Si se requieren se pueden adicionar mas firmas.

Gobernación de Boyacá | Contratación
REVISADO
SANDRA M. QUIROGA FONSECA
31 DE DICIEMBRE DE 2024
FECHA _____

ANEXO: PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL MES CORRESPONDIENTE
ANEXO: LIQUIDACIÓN PARAFISCALES (CUANDO APLIQUE)
ANEXO: FORMATO SABANA - CUADRO DE CONDICIONES ACTUALIZADAS DE CANTIDADES (CUA
ANEXO: INFORME COMPLETO DE ACTIVIDADES FIRMADO POR EL CONTRATISTA Y EL SUPERVISOR