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. 0229	DE FECHA: 2 DE FEBRERO DE 2024
OBJETO	ARRENDAMIENTO DE PREDIO CERRO MOTAVITA 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:___569___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 po r 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.

ANEXO: PLANILLA D PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL MES
ANEXO: LIQUIDACIÓ N PARAFISCALES (CUANDO
ANEXO: FORMATO SABANA - CUADRO DE CONDICIONES ACTUALIZADAS D
ANEXO: INFORME COMPLETO DE ACTIVIDADES FIRMADO POR EL CONTRATIST

Gobernación de Boyacá | Contratación

REVISADO

SANDRA M. QUIROGA FONSECA

31 DE DICIEMBRE DE 2024

FECHA _____

Original: Archivo Carpeta Secretaria de Contratacion

Copias: Orden de Pago Tesorería, Contratist

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	6766557
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JAVIER ERNESTO JIMENEZ CONTRERAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	TUNJA	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	CARRERA 11 13 43	TELÉFONO:	7422979
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4574557937**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES noviembre AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES noviembre AÑO 2024
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/11/18	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9990728040

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 207.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 207.100	$ 0	$ 0	$ 207.100
SUBTOTALES:													**$ 207.100**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 207.100**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																												PENSIÓN								SALUD						ARP												
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 6766557	JIMENEZ CONTRERAS JAVIER ERNESTO	INDEPEND	NO OBLIG COT PENS EDAD	$ 1.656.400			NO																			$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.656.400	$ 207.100	$ 0	$ 207.100			$ 0		$ 0		$ 0									

TOTAL	**$ 207.100**

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	6766557
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JAVIER ERNESTO JIMENEZ CONTRERAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	TUNJA	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	CARRERA 11 13 43	TELÉFONO:	7422979
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4579052779**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES diciembre AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES diciembre AÑO 2024
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/12/11	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9991091250

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 207.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 207.100	$ 0	$ 0	$ 207.100
SUBTOTALES:													**$ 207.100**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 207.100**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES						
																												PENSIÓN								SALUD						ARP												
																															FSP		APORTES VOLUNTARIOS																						
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 6766557	JIMENEZ CONTRERAS JAVIER ERNESTO	INDEPEND	NO OBLIG COT PENS EDAD	$ 1.656.400			NO																			$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.656.400	$ 207.100	$ 0	$ 207.100			$ 0		$ 0		$ 0			$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 207.100**

Planilla Pagada