

 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, características 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 Amortizaciones	\$ 0,00
Saldo por Amortizar	\$ 0,00

*Nota al anticipo: En los casos en los que existan diferentes fuentes de financiación debe discriminarse el anticipo por cada fuente de financiación, según hoja anexa de fuentes de financiación (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 financiación debe discriminarse el balance por cada fuente según hoja anexa (fuentes de financiación- 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:

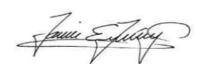
No. CUENTA: 7302070304	BANCO: COLPATRIA	AHORROS: X	CORRIENTE:
------------------------	------------------	------------	------------

*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.

ANEXO: PLANILLA D PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL MES
ANEXO: LIQUIDACIÓN PARAFISCALES (CUANDO
ANEXO: FORMATO SABANA - CUADRO DE CONDICIONES ACTUALIZADAS D
ANEXO: INFORME COMPLETO DE ACTIVIDADES FI RMADO POR EL CONTRATISTA

Original: Archivo Carpeta Secretaría de Contratacion

Copias: Orden de Pago Tesorería, Contratista

 GOBERNACIÓN DE Boyacá	Contratación
REVISADO	
SANDRA M. QUIROGA FONSECA	
31 DE DICIEMBRE DE 2024	
FECHA	

