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	26/12/2023		
CONTRATO ____CONVENIO __X___	No. 2404	DE FECHA:	25/05/2023
OBJETO	FINANCIAR LOS GASTOS DE LA OPERACIÓN DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA E.S.E. EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD NUESTRA SEÑORA DE LA NATIVIDAD DE JERICO PARA LA VIGENCIA 2023 CON RECURSOS DE SUBSIDIO A LA OFERTA ASIGNADOS AL DEPARTAMENTO DE BOYACA		
CONTRATISTA	EMPRESA SOCIALDEL ESTADO CENTRO DE SALUD NUESTRA SEÑORA DE LA N ATIVIDAD		NIT: 826.001.918-7
	R/L: ANGELA MARCELA BARRERA AYALA		C.C: 46.681.697
INTERVENTOR __SUPERVISOR	HENRY MAURICIO CORREDOR CAMARGO		C.C: 74.370.260
VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO :	VALOR INICIAL :	$ 235.581.710,00	
	APORTE DEPARTAMENTO:	$ 235.581.710,00	
	APORTE DE CONTRAPARTE:	$ 0,00	
ADICIONAL N° _____001___	VALOR	$ 22.754.442,00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$ 0,00	
VALOR TOTAL CON ADICIONES	$ 258.336.152,00		
PLAZO INICIAL	SIETE (7) MESES		
PRORROGA N° _____	Tiempo: N/A	De Fecha: N/A	
PRORROGA N° _____	Tiempo: N/A	De Fecha: N/A	
PLAZO TOTAL	SIETE (7) MESES		
FECHA DE INICIACIÓN	26/05/2023		
ACTA DE SUSPENSIÓN N° _____	De Fecha: N/A		
ACTA DE REINICIACIÓN N° _____	De Fecha: N/A		
FECHA DE TERMINACIÓN	25/12/2023		
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	N/A		
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	N/A		
RBPP N°	2022 00415 0271		

N°s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No:4726 AÑO: 2023, RPC No:10269 AÑO 2023.

En las oficinas de DIRECCION DE PRESTACION DE SERVICIOS se reunieron los señores,HENRY MAURICIO CORREDOR CAMARGO Interventor / Supervisor, y el señor(a) ANGELA MARCELA BARRERA AYALA 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 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	$ 82.453.599,00
Sumatoria Amotizaciones	$ 82.453.599,00
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	258.336.152,00	
Amortización Anticipo		
Valor a pagar de la presente acta		
Valor Total actas pagadas		258.336.152,00
Saldo sin ejecutar (Liberar por el Departamento)		-
Valor a Reintegrar al Departamento (Cuando aplique)		-
Sumas iguales	258.336.152,00	258.336.152,00

**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: 710256058	BANCO: BANCO AV VILLAS	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:

No siendo otro el objeto de la presente reunión se firma el acta por los que en ella intervinieron.

Firma: _____
Nombre: HENRY M**AURICIO CORREDOR CAMARGO**
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____
Nombre: ANGELA MARCELA BARRERA AYALA
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 Contratacion Copias: Orden de Pago Tesorería, Contratista, Supervisor y/o Interventor

Gobernación de Boyacá
Contratación
REVISADO
ERIKA XIMENA RODRIGUEZ FONSECA
Fecha: 28/02/2025