

	FORMATO	VERSIÓN: 0
		CÓDIGO: A-AD-GC-F-034
ACTA DE RECIBO FINAL A SATISFACCIÓN		FECHA: 24/Jul/2019

FECHA PRESENTE ACTA	31 DE DICEIMBRE DE 2024	
CONTRATO ____ CONVENIO ____	No. 3508	DE FECHA:19-09-2024
OBJETO	FINANCIAR LOS GASTOS DE OPERACION DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD DE LA ESE CENTRO DE SALUD JAIME DIAZ PEREZ DEL MUNICIPIO DE SAN EDUARDO PARA LA VIGENCIA 2024, CON RECURSOS DE SUBSIDIO A LA OFERTA ASIGNADOS AL DEPARTAMENTO DE BOYACA.	
CONTRATISTA	ESE CENTRO DE SALUD JAIME DIAZ PEREZ	NIT: 820.003.906-6
	JUAN CAMILO MUNEVAR MUNEVAR	C.C: 7.127.768
INTERVENTOR __SUPERVISOR VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO :	SONIA YANNETH MANRIQUE HURTADO	
	C.C: 46.670.615	
	VALOR INICIAL : \$ 211,377,027.00	
	APORTE DEPARTAMENTO: \$ 211,377,027.00	
ADICIONAL N° _____	APORTE DE CONTRAPARTE: \$ 0.00	
	VALOR \$ 0.00	
ADICIONAL N° _____	VALOR \$ 0.00	
VALOR TOTAL CON ADICIONES	\$ 211,377,027.00	
PLAZO INICIAL	HASTA 31 DE DICIEMBRE DE 2024	
PRORROGA N° _____	Tiempo:NA	De Fecha: N/A
PRORROGA N° _____	Tiempo:NA	De Fecha: N/A
PLAZO TOTAL	HASTA 31 DE DICIMEBRE DE 2024	
FECHA DE INICIACIÓN	28/10/2024	
ACTA DE SUSPENSIÓN N° _____	De Fecha: N/A	
ACTA DE REINICIACIÓN N° _____	De Fecha: N/A	
FECHA DE TERMINACIÓN	31 DE DICIEMBRE DE 2024	
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	N/A	
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	01/11/2024 AL 31/12/2024	
RBPP N°	2024 00415 0119	

N°s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No: __7191_ AÑO: __2024__

En las oficinas de la secretaría de salud de Boyaca se reunieron los señores,Sonia Yanneth Manrique Hurtado Interventor / Supervisor, y el señor JUAN CAMILO MUNEVAR MUNEVAR 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° N.A del mes (es) N.A de conformidad con la normatividad vigente.

CONTROL ANTICIPOS

Valor Anticipo	\$ 147,963,918.90
Sumatoria Amortizaciones	\$ 147,963,918.90
Saldo por Amortizar	\$ 0.00

Nota al anticipo: En los casos en los que existan diferentes fuentes de financiaci*on debe discriminarse el anticipo por cada fuente de financiaci****on, segun hoja anexa de fuentes de financiaci****on (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	211,377,027.00	
Amortización Anticipo		-
Valor a pagar de la presente acta		10,568,851.35
Valor Total actas pagadas		200,808,175.65
Saldo sin ejecutar (Liberar por el Departamento)		-
Valor a Reintegrar al Departamento (Cuando aplique)		-
Sumas iguales	211,377,027.00	211,377,027.00

Nota al balance: En los casos en los que existan diferentes fuentes de financiaci*on debe discriminarse el balance por cada fuente segun hoja anexa (fuentes de financiaci****on- Balance) , diligenciar y copiar cuadro el cual debe reflejarse en el espacio asignado en observaciones o aclaraciones de la presente acta.**

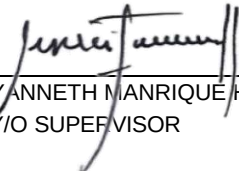
CUENTA BANCARIA EN LA QUE SE CONSIGNA EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA:

No. CUENTA: 176869996718	BANCO:DAVIVIENDA	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: SONIA YANNETH MANRIQUE HURTADO
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: 

Nombre: JUAN CAMILO MUNEVAR MUNEVAR
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.