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	27/02/2025			
CONTRATO _X__ CONVENIO ___	No.	1832	DE FECHA:	25/04/2024
OBJETO	PRESTACION DE SERVICIOS PARA LA EJECUCION DE ACCIONES DE CONCURRENCIA DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DEPARTAMENTO DE BOYACÁ NRO. 8			
CONTRATISTA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD LAS MERCEDES CALDAS			NIT:820003456-3
	ANYELA LIZETH ALARCON PINILLA			CC:1051184631
INTERVENTOR __SUPERVISOR	JOSE DAVID MUÑOZ BELTRAN			CC:1019013549
VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO :	VALOR INICIAL :	13.422.000,00		
	APORTE DEPARTAMENTO:	$ 0,00		
	APORTE DE CONTRAPARTE:	$ 0,00		
ADICIONAL N° __NA_____	VALOR	$ 0,00		
ADICIONAL N° __NA_____	VALOR	$ 0,00		
VALOR TOTAL CON ADICIONES	$ 13.422.000,00			
PLAZO INICIAL	A PARTIR DEL ACTA DE INICIO HASTA EL 15 DE DICIEMBRE DE 2024			
PRORROGA N° __NA___	Tiempo:	NA	De Fecha:	NA
PRORROGA N° __NA___	Tiempo:	NA	De Fecha:	NA
PLAZO TOTAL	A PARTIR DEL ACTA DE INICIO HASTA EL 15 DE DICIEMBRE DE 2024			
FECHA DE INICIACIÓN	15/05/2024			
ACTA DE SUSPENSIÓN N° ___NA_	De Fecha:	NA		
ACTA DE REINICIACIÓN N° ___NA_	De Fecha:	NA		
FECHA DE TERMINACIÓN	15/12/2024			
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	13/12/2024			
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	15/05/2024 AL 13/12/2024			
RBPP N°	2024 00415 0013			

N°s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No:_3252_AÑO: _2024_, "

En las oficinas de la Secretaría de Salud de Boyacá se reunieron los señores, JOSE DAVID MUÑOZ BELTRAN Interventor / Supervisor, y el señor (a) ANYELA LIZETH ALARCON PINILLA 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° NO APLICA del mes (es) NO APLICA de conformidad con la normatividad vigente.

CONTROL ANTICIPOS

Valor Anticipo	$ 5.368.800,00
Sumatoria Amotizaciones	$ 5.368.800,00
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	13.422.000,00	
Amortización Anticipo		5.368.800,00
Valor a pagar de la presente acta		1.863.200,00
Valor Total actas pagadas		-
Saldo sin ejecutar (Liberar por el Departamento)		6.190.000,00
Valor a Reintegrar al Departamento (Cuando aplique)		-
Sumas iguales	13.422.000,00	13.422.000,00

**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:	705-17679-0	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.

Gobernación de Boyacá Contratación **REVISADO** ANA MARIA ROJAS BERNAL Fecha: 08.04.2025

OBSERVACIONES O ACLARACIONES:

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

Firma: _____
Nombre: JOSE DAVID MUÑOZ BELTRAN
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____
Nombre: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD LAS MERCEDES CALDAS
CONTRATISTA
ANYELA LIZETH ALARCON PINILLA

* 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**