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	6 DE AGOSTO DE 2020 ✓			
CONTRATO _X___ CONVENIO _____	No. 2330-2020 ✓		DE FECHA: 13/07/20 ✓	
OBJETO	SUMINISTRO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL E INSUMOS PARA APOYAR LA ATENCION MEDICA HOSPITALARIA, ANTE LA PANDEMIA CORONAVIRUS COVID-19 EN EL DEPARTAMENTO DE BOYACÁ ✓			
CONTRATISTA	CONCEPCION CASAS CARDENAS	✓	28054679-4 ✓	
	CONCEPCION CASAS CARDENAS ✓		C.C. 28.054.679 de Capitanejo ✓	
INTERVENTOR __ SUPERVISOR X_	LIBIA ROSMIRA PERILLA VACCA ✓			C.C: 51977792 ✓
VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO :	VALOR INICIAL :	$ 6.000.000,00 ✓		
	APORTE DEPARTAMENTO:	$ 6.000.000,00 ✓		
	APORTE DE CONTRAPARTE:	$ 0,00		
ADICIONAL N° ___NA_____	VALOR	$ 0,00		
ADICIONAL N° ___NA_____	VALOR	$ 0,00		
VALOR TOTAL CON ADICIONES	$ 6.000.000,00 ✓			
PLAZO INICIAL	VEINTE DIAS CALENDARIO CONTADOS A PARTIR DE LA SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO ✓			
PRORROGA N° ___NA__	Tiempo:	NA	De Fecha:	
PRORROGA N° __NA___	Tiempo:	NA	De Fecha:	
PLAZO TOTAL	VEINTE DIAS CALENDARIO CONTADOS A PARTIR DE LA SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO ✓			
FECHA DE INICIACIÓN	22 DE JULIO DE 2020 ✓			
ACTA DE SUSPENSIÓN N° __NA___	De Fecha:	NA		
ACTA DE REINICIACIÓN N° __NA__	De Fecha:	NA		
FECHA DE TERMINACIÓN	10 DE AGOSTO DE 2020 ✓			
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	6 DE AGOSTO DE 2020 ✓			
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	DEL 22 DE JULIO AL 6 DE AGOSTO DE 2020 ✓			
RBPP N°	NA			

N°s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No:__4722_ AÑO: _2020_____, RPC No: ✓
__NA_____ AÑO_____,
En las oficinas de_GOBERNACION DE BOYACA- SECRETARIA DE SALUD_ se reunieron los señores, __LIBIA ROSMIRA PERILLA VACCA__ Interventor / Supervisor, y ✓
el señor _CONCEPCION CASAS CARDENAS 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° ___**18485719, 4355174301 del mes (es) JULIO Y AGOSTO DE 2020**__ 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	6.000.000,00	✓		
Amortización Anticipo				
Valor a pagar de la presente acta			6.000.000,00	✓
Valor Total actas pagadas				
Saldo sin ejecutar (Liberar por el Departamento)				
Valor a Reintegrar al Departamento (Cuando aplique)				
Sumas iguales	6.000.000,00	✓	6.000.000,00	✓

**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: 26214483601 ✓	BANCO: BANCOLOMBIA ✓	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: EL CONTRATISTA MANIFIESTA RENUNCIA AL ANTICIPO A TRAVES DE OFICIO.

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

GOBERNACIÓN DE BOYACÁ
SECRETARIA CONTRATACIÓN
REVISADO
Laura Carmenza Pinilla Pinilla
FIRMA: Laura P

Firma: _____
Nombre: **LIBIA ROSMIRA PERILLA VACCA**
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____
CONCEPCION CASAS CARDENAS
CONTRATISTA

Fecha: 06/10/2020

* 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.