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	3 de septiembre de 2025		
CONTRATO ____ CONVENIO _____	No.CO1.PCCNTR.8204918/2814	DE FECHA: 15 DE AGOSTO DE 2025	
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO LOGÍSTICO PARA EL DESARROLLO DEL EVENTO "BOYACÁ 2050, PUENTE AL FUTURO", EN EL DEPARTAMENTO DE BOYACÁ, PARA LA VIGENCIA 2025.		
CONTRATISTA	EVEGO PRODUCCION DE EVENTOS Y LOGISTICA S.A.S		NIT:901.850.215-1
	R.L GERMAN GONZALO OLIVEROS GOMEZ		C.C:1.052.383.423
INTERVENTOR __ SUPERVISOR __	JOSÉ MARIA ROJAS FIGUEREDO		C.C:1.052.394.373
VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO :	VALOR INICIAL :	$ 106.960.000,00	
	APORTE DEPARTAMENTO:	$ 0,00	
	APORTE DE CONTRAPARTE:	$ 0,00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$ 0,00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$ 0,00	
VALOR TOTAL CON ADICIONES	$ 106.960.000,00		
PLAZO INICIAL	UN (1) MES		
PRORROGA N° _____	Tiempo: N/A	De Fecha:	
PRORROGA N° _____	Tiempo: N/A	De Fecha:	
PLAZO TOTAL	UN (1) MES		
FECHA DE INICIACIÓN	19/08/2025		
ACTA DE SUSPENSIÓN N° _____	De Fecha: N/A		
ACTA DE REINICIACIÓN N° _____	De Fecha: N/A		
FECHA DE TERMINACIÓN	19/08/2025		
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	3/09/2025		
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	Del 19 de agoto de 2025 al 13 de septiembre de 2025		
RBPP N°	202500000030055		

N°s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No: 6306 AÑO: 2025, RPC No: _____ AÑO_____,

En las oficinas de SECRETARÍA DE DESARROLLO EMPRESARIAL se reunieron los señores, JOSÉ MARIA ROJAS FIGUEREDO Supervisor, y el señor GERMAN GONZALO OLIVEROS GOMEZ 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) N/A de acuerdo a la(s) planilla (s) N° N/A, 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	106.960.000,00	
Amortización Anticipo		
Valor a pagar de la presente acta		106.960.000,00
Valor Total actas pagadas		
Saldo sin ejecutar (Liberar por el Departamento)		
Valor a Reintegrar al Departamento (Cuando aplique)		
Sumas iguales	106.960.000,00	106.960.000,00

**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: : 26200007398	BANCO:	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: JOSE MARIA ROJAS FIGUEREDO
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____
Nombre: GERMAN GONZALO OLIVEROS GOMEZ
CONTRATISTA

Gobernación de Boyacá
Contratación
REVISADO
ERIKA XIMENA RODRIGUEZ FONSECA
Fecha: 23-09-2025

* 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.