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	Agosto 29 de 2025		
CONTRATO X CONVENIO _____	No. CO1.PCCNTR.8021238/2351	DE FECHA: 27/06/2025	
OBJETO	ADQUISICIÓN DE EMBALAJE CERTIFICADO PARA EL TRANSPORTE DE MUESTRAS INFECCIOSAS		
CONTRATISTA	VADEL S.A.S		NIT: 900.175.023-5
	BORIS VAZQUEZ CAMPOS		C.C: 1.018.422.592
INTERVENTOR __ SUPERVISOR X	MABEL IDALIANA MEDINA ALFONSO		C.C: 52.146.674
VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO :	VALOR INICIAL :	$ 18.236.750,00	
	APORTE DEPARTAMENTO:	$ 0,00	
	APORTE DE CONTRAPARTE:	$ 0,00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$ 0,00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$ 0,00	
VALOR TOTAL CON ADICIONES	$ 18.236.750,00		
PLAZO INICIAL	TREINTA (30) DÍAS HÁBILES contados a partir de la suscripción del acta de inicio		
PRORROGA N° _____	Tiempo:	NO APLICA	De Fecha:
PRORROGA N° _____	Tiempo:	NO APLICA	De Fecha:
PLAZO TOTAL	TREINTA (30) DÍAS HÁBILES contados a partir de la suscripción del acta de inicio		
FECHA DE INICIACIÓN	17/07/2025		
ACTA DE SUSPENSIÓN N° _____	De Fecha:	NO APLICA	
ACTA DE REINICIACIÓN N° _____	De Fecha:	NO APLICA	
FECHA DE TERMINACIÓN	Según Acta de inicio	29 de agosto de 2025	
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	29 Agosto de 2025		
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	DEL 17/07/2025 AL 29/08/2025		
RBPP N°	2024 00415 0325		

N°s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No: 5138 AÑO: 2025,

En las oficinas de SECRETARIA DE SALUD se reunieron los señores, MABEL IDALIANA MEDINA ALFONSO Supervisora, y el señor BORIS VAZQUEZ CAMPOS como representante legal del contratista VADEL SAS , 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, NO APLICA.

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	18.236.750,00	-
Amortización Anticipo	-	-
Valor a pagar de la presente acta	-	18.236.750,00
Valor Total actas pagadas	-	-
Saldo sin ejecutar (Liberar por el Departamento)	-	-
Valor a Reintegrar al Departamento (Cuando aplique)	-	-
Sumas iguales	18.236.750,00	18.236.750,00

**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: 006469996489	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: **MABEL IDALIANA MEDINA ALFONSO**
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____
Nombre: VADEL SAS R/L BORIS VAZQUEZ CAMPOS
CONTRATISTA

REVISADO Y APROBADO GSP

* 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

PUBLICADO
JAIME ALEJANDRO WALTEROS BALLESTEROS
Fecha: 01/10/2025