| | | |
|---|---|---|
| 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 | 4/11/2025 | | |
| CONTRATO _X__ CONVENIO ____ | No. 8089574/2555 | DE FECHA: 15/07/2025 | |
| OBJETO | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA GENERACIÓN DE AMBIENTES ESCOLARES DE CONVIVENCIA PARA LA ATENCIÓN DE ESTUDIANTES DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS OFICIALES DE LOS MUNICIPIOS NO CERTIFICADOS DE BOYACÁ. | | |
| CONTRATISTA | FUNDACION PARA LA DEFENSA DE LOS DERECHOS | | NIT: 900.036.856-8 |
| | R.L CAMILA ANDREA MARULANDA RIVAS | | C.C: 1.005.093.679 |
| INTERVENTOR __ SUPERVISOR X_ | LUIS MANUEL SALAZAR MARTINEZ | | C.C: 6.763.299 |
| VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO : | VALOR INICIAL : | $ 548.640.000,00 | |
| | APORTE DEPARTAMENTO: | $ 0,00 | |
| | APORTE DE CONTRAPARTE: | $ 0,00 | |
| ADICIONAL N° _____ | VALOR | $ 0,00 | |
| ADICIONAL N° _____ | VALOR | $ 0,00 | |
| VALOR TOTAL CON ADICIONES | $ 548.640.000,00 | | |
| PLAZO INICIAL | TRES (3) MESES Y CERO (0) DÍAS | | |
| PRORROGA N° _____ | Tiempo: N.A | De Fecha: N/A | |
| PRORROGA N° _____ | Tiempo: N.A | De Fecha: N/A | |
| PLAZO TOTAL | TRES (3) MESES Y CERO (0) DÍAS | | |
| FECHA DE INICIACIÓN | 5/08/2025 | | |
| ACTA DE SUSPENSIÓN N° _____ | De Fecha: | | |
| ACTA DE REINICIACIÓN N° _____ | De Fecha: | | |
| FECHA DE TERMINACIÓN | 4/11/2025 | | |
| FECHA DE TERMINACIÓN REAL | 4/11/2025 | | |
| PERIODO AUTORIZADO A PAGAR | DEL 01 DE OCTUBRE DE 2025 AL 04 DE NOVIEMBRE DE 2025 | | |
| RBPP N° | 20250000020928 | | |

N°s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No: 5721 AÑO: 2025, RPC No: _____ AÑO_____,

En las oficinas de LA DIRECCIÓN TÉCNICO PEDAGÓGICA se reunieron los señores, LUIS MANUEL SALAZAR MARTINEZ Interventor / Supervisor, y el señor CAMILA ANDREA MARULANDA RIVAS 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° 90192614 y 1886145808 del mes (es) OCTUBRE Y NOVIEMBRE DE 2025 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 | 548.640.000,00 | - |
| Amortización Anticipo | - | - |
| Valor a pagar de la presente acta | - | 4.876.800,00 |
| Valor Total actas pagadas | - | 543.763.200,00 |
| Saldo sin ejecutar ( Liberar por el Departamento) | - | - |
| Valor a Reintegrar al Departamento (Cuando aplique) | - | - |
| **Sumas iguales** | 548.640.000,00 | 548.640.000,00 |

**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: 22759191157 | BANCO: BANCOLOMBIA | 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: LUIS MANUEL SALAZAR MARTINEZ
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____
Nombre: FUNDACION PARA LA DEFENSA DE LOS DERECHOS
R.L CAMILA ANDREA MARULANDA RIVAS
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.

Gobernación de Boyacá Contratación
PUBLICADO
ALVARO JAVIER CARDENAS TAMAYO
Fecha 26/11/2025

Original: Archivo Carpeta Secretaria de Contratacion  Copias: Orden de Pago Tesorería, Contratista, Supervisor y/o Interventor