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	28-11-2025		
CONTRATO____CONVENIO ___X__	No. 2637 DE 2025	DE FECHA:25 DE JULIO DE 2025	
OBJETO	FINANCIAR LOS GASTOS DE LA OPERACIÓN DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA E.S.E. EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE TOGUI PARA LA VIGENCIA 2025 CON RECURSOS DE SUBSIDIO A LA OFERTA ASIGNADOS AL DEPARTAMENTO DE BOYACA		
CONTRATISTA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD TOGUI		NIT: 820.003.435-9
	R/L LINA ROSA ABRIL SANCHEZ		C.C: 40.046.185
INTERVENTOR __SUPERVISOR __	CARLOS IVAN MESA LLANOS		C.C: 7.173.322
VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO :	VALOR INICIAL :	$ 322,548,537.00	
	APORTE DEPARTAMENTO:	$ 322,548,537.00	
	APORTE DE CONTRAPARTE:	$ 0.00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$ 0.00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$ 0.00	
VALOR TOTAL CON ADICIONES	$ 322,548,537.00		
PLAZO INICIAL	CUATRO (4) MESES		
PRORROGA N° _____	Tiempo:NA	De Fecha:	
PRORROGA N° _____	Tiempo:NA	De Fecha:	
PLAZO TOTAL	CUATRO (4) MESES		
FECHA DE INICIACIÓN	29-07-2025		
ACTA DE SUSPENSIÓN N° _____	De Fecha:		
ACTA DE REINICIACIÓN N° _____	De Fecha:		
FECHA DE TERMINACIÓN	28-11-2025		
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	28-11-2025		
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	29-07-2025 AL 28-11-2025		
RBPP N°	2024 00415 0323 A2		

N°s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No:__5867_ AÑO: __2025_____

En las oficinas de la secretaria de salud de Boyaca se reunieron los señores, CARLOS IVAN MESA LLANOS Interventor / Supervisor, y el señora LINA ROSA ABRIL SANCHEZ 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° N.A del mes (es) N.A de conformidad con la normatividad vigente.

CONTROL ANTICIPOS

Valor Anticipo	$ 225,783,975.90
Sumatoria Amotizaciones	$ 225,783,975.90
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	$ 322,548,537.00	
Amortización Anticipo		$ 225,783,975.90
Valor a pagar de la presente acta		96,764,561.10
Valor Total actas pagadas		0
Saldo sin ejecutar (Liberar por el Departamento)		-
Valor a Reintegrar al Departamento (Cuando aplique)		-
Sumas iguales	322,548,537.00	322,548,537.00

**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: 056017676999824-4	BANCO:DAVIVIENDA	AHORROS:	CORRIENTE: XX

*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: CARLOS IVAN MESA LLANOS
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____
Nombre: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD TOGUI R/L LINA ROSA ABRIL SANCHEZ
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.

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

Gobernación de Boyacá Contratación
PUBLICADO
MIGUEL ANGEL CORONADO CORREALES
Fecha: 05/12/2025