Gobernación de Boyacá	**FORMATO**	**VERSIÓN: 0**
		CÓDIGO: A-AD-GC-F-042
ACTA PARCIAL		**FECHA: 24/Jul/2019**

ACTA PARCIAL	1	
FECHA PRESENTE ACTA	02 DE DICIEMBRE DE 2025	
CONTRATO **X** CONVENIO _____	3868	DE FECHA: 18/11/2025
OBJETO	ADQUISICIÓN DE PAPA DESTINADA A LA ATENCIÓN HUMANITARIA DE FAMILIAS AFECTADAS POR LA CALAMIDAD PÚBLICA DECLARADA MEDIANTE DECRETO N° 522 DE 2025 LOTES 3 Y 4	
CONTRATISTA	ASOCIACION DE PRODUCTORES AGRICOLAS DE JENESANO BOYACA	NIT: 901049452-6
	JACINTO ROJAS DAZA	C.C: 4.137.631
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR	FERNANDO PORTILLA FUENTES	C.C: 80.084.024
VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO :	VALOR INICIAL : $ 481.950.000,00	
	APORTE DEPARTAMENTO: $ 481.950.000,00	
	APORTE DE CONTRAPARTE: $ 0,00	
ADICIONAL N° _____	VALOR $ 0,00	
ADICIONAL N° _____	VALOR $ 0,00	
VALOR TOTAL CON ADICIONES	$ 481.950.000,00	
PLAZO INICIAL	UN (1) MES Y CERO (0)DÍAS	
PRORROGA N° _____	Tiempo: N.A	De Fecha: N.A
PRORROGA N° _____	Tiempo: N.A	De Fecha: N.A
PLAZO TOTAL	UN (1) MES Y CERO (0)DÍAS	
FECHA DE INICIACIÓN	24 DE NOVIEMBRE DE 2025	
ACTA DE SUSPENSIÓN N° _____	De Fecha:	N.A
ACTA DE REINICIACIÓN N° _____	De Fecha:	N.A
FECHA DE TERMINACIÓN	23 DE DICIEMBRE DE 2025	
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	23 DE DICIEMBRE DE 2025	
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	24 DE NOVIEMBRE DE 2025 A 02 DE DICIEMBRE DE 2025	
RBPP N°	EN TRAMITE	

No/s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No: 10725 AÑO: 18 de noviembre de 2025
, RPC No: _____ AÑO_____.

En las oficinas de la SECRETARIA DE AGRICULTURA se reunieron los señores, FERNANDO PORTILLA FUENTES Interventor / Supervisor y el señor JACINTO ROJAS DAZA 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° 7996599031 del mes (es) noviembre 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	$ 481.950.000,00	
Amortización Anticipo		
Valor a pagar de la presente acta		$ 192.780.000,00
Valor Total actas pagadas		
Saldo por ejecutar		$ 289.170.000,00
Sumas iguales	$ 481.950.000,00	$ 481.950.000,00

**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: 88200004350	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:

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

Firma: _____
Nombre: **FERNANDO PORTILLA FUENTES**
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____
Nombre: **JACINTO ROJAS DAZA**
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
RADICADO
SECCON-2216 - 2025