

	FORMATO	VERSIÓN: 0
		CÓDIGO: A-AD-GC-F-034
	ACTA DE RECIBO FINAL A SATISFACCIÓN	
		FECHA: 24/Jul/2019

FECHA PRESENTE ACTA	28 DE AGOSTO DE 2020 ✓		
CONTRATO X CONVENIO	No. 2673-2020 ✓	DE FECHA: 30/07/20 ✓	
OBJETO	SUMINISTRO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL E INSUMOS PARA APOYAR LA ATENCION MEDICA HOSPITALARIA ANTE LA PANDEMA CORONAVIRUS COVID 19 EN EL DEPARTAMENTO DE BOYACA. ✓		
CONTRATISTA	CONSORCIO LIDER 2019 ✓	901346165-0 ✓	
	LILIAN TORCOROMA MENESES GARCIA ✓	CC 27605130 DE CUCUTA ✓	
INTERVENTOR SUPERVISOR X	LIBIA ROSMIRA PERILLA VACCA ✓		C.C. 51977792 ✓
VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO :	VALOR INICIAL :	\$ 11.608.000,00 ✓	
	APORTE DEPARTAMENTO:	\$ 11.608.000,00 ✓	
	APORTE DE CONTRAPARTE:	\$ 0,00	
ADICIONAL N° NA	VALOR	\$ 0,00	
ADICIONAL N° NA	VALOR	\$ 0,00	
VALOR TOTAL CON ADICIONES		\$ 11.608.000,00 ✓	
PLAZO INICIAL	VEINTE DIAS CALENDARIO CONTADOS A PARTIR DE LA SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO ✓		
PRORROGA N° NA	Tiempo:	NA	De Fecha:
PRORROGA N° NA	Tiempo:	NA	De Fecha:
PLAZO TOTAL	VEINTE DIAS CALENDARIO CONTADOS A PARTIR DE LA SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO. ✓		
FECHA DE INICIACION	12 DE AGOSTO DE 2020 ✓		
ACTA DE SUSPENSION N° NA	De Fecha:	NA	
ACTA DE REINICIACION N° NA	De Fecha:	NA	
FECHA DE TERMINACION	31 DE AGOSTO DE 2020 ✓		
FECHA DE TERMINACION REAL	28 DE AGOSTO DE 2020 ✓		
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	DEL 12 DE AGOSTO AL 28 DE AGOSTO DE 2020 ✓		
RBPP N°	NA		

N° Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No. 5347, AÑO: 2020, ✓, RPC No. NA, AÑO: NA

En las oficinas de GOBERNACIÓN DE BOYACA- SECRETARIA DE SALUD, se reunieron los señores, LIBIA ROSMIRA PERILLA VACCA, Interventor / Supervisor, y el señor LILIAN TORCOROMA MENESES GARCIA 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, características 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° 9410476847, 9409431036 del mes(es) JULIO A SEPTIEMBRE DE 2020, de conformidad con la normatividad vigente.

CONTROL ANTICIPOS

Valor Anticipo	\$ 0,00
Sumatoria Amortizaciones	\$ 0,00
Saldo por Amortizar	\$ 0,00

*Nota al anticipo: En los casos en los que existan diferentes fuentes de financiación debe discriminarse el anticipo por cada fuente de financiación, según hoja anexa de fuentes de financiación (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	11.608.000,00 ✓	
Amortización Anticipo		
Valor a pagar de la presente acta		11.608.000,00 ✓
Valor Total actas pagadas		
Saldo sin ejecutar (Liberar por el Departamento)		
Valor a Reintegrar al Departamento (Cuando aplique)		
Sumas iguales	11.608.000,00 ✓	11.608.000,00 ✓

*Nota al balance: En las cosas en las que existan diferentes fuentes de financiación debe discriminarse el balance por cada fuente según hoja anexa (fuentes de financiación- 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:

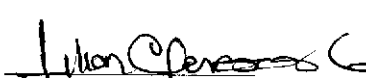
No. CUENTA: 82000000131 ✓	BANCO: BANCOLOMBIA ✓	AHORROS:	CORRIENTE: X ✓
---------------------------	----------------------	----------	----------------

"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: EL CONTRATISTA MANIFIESTA RENUNCIA AL ANTICIPO A TRAVES DE OFICIO.

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

Firma: 
Nombre: LIBIA ROSMIRA PERILLA VACCA
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: 
Nombre: LILIAN TORCOROMA MENESES GARCIA
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 Contratación

Copias: Orden de Pago Tesorería, Contratista, Supervisor y/o Interventor

