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

ACTA PARCIAL	2		
FECHA PRESENTE ACTA	7/09/2020		
CONTRATO _X___ CONVENIO _____	2220	DE FECHA: 07/07/2020	
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO TECNICO CON MENOS DE 36 MESES DE EXPERIENCIA LABORAL, AL SERVICIO DE LA DIRECCIÓN DE RECAUDO Y FISCALIZACIÓN, EN LAS SEDES OPERACIÓN Y EN LA ADMINISTRACIÓN CENTRAL DEL DEPARTAMENTO DE BOYACÁ PARA APOYAR EL DESARROLLO DEL PROYECTO "APOYO A LA ADMINISTRACION EN LA GESTION PARA INCREMENTAR EL RECAUDO DE TRIBUTOS Y FORTALECER LA FISCALIZACIÓN EN EL AÑO 2020 EN EL DEPARTAMENTO DE BOYACA		
CONTRATISTA	DORELY FLECHAS CESPEDES		NIT:46663037-4
			C.C:46663037
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR	ALIDA MORENO SIERRA		C.C:46350357
VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO :	VALOR INICIAL :	$ 12.179.400,00	
	APORTE DEL DEPARTAMENTO:	$ 0,00	
	APORTE DE CONTRAPARTE:	$ 0,00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$0.00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$0.00	
VALOR TOTAL CON ADICIONES		$ 12.179.400,00	
PLAZO INICIAL	CINCO (5) MESES Y NUEVE (9)DÍAS		
PRORROGA N° _____	Tiempo: N.A	De Fecha: N.A.	
PRORROGA N° _____	Tiempo: N.A	De Fecha: N.A.	
PLAZO TOTAL	CINCO (5) MESES Y NUEVE (9)DÍAS		
FECHA DE INICIACIÓN	07/07/2020		
ACTA DE SUSPENSIÓN N°	De Fecha: N.A		
ACTA DE REINICIACIÓN N°	De Fecha: N.A		
FECHA DE TERMINACIÓN	15/12/2020		
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	N.A		
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	DEL 07 DE AGOSTO AL 06 DE SEPTIEMBRE AÑO 2020		
RBPP N°	2019 00415 0358		

No/s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No: 4593 AÑO: 2020, RPC No_____ AÑO_____.

En las oficinas de DIRECCIÓN DE RECAUDO Y FISCALIZACIÓN se reunieron los señores, ALIDA MORENO SIERRA Interventor / Supervisor y el señor DORELY FLECHAS CESPEDES 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° 4347550041 del mes (es) AGOSTO 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 financiacion debe discriminarse el anticipo por cada fuente de financiacion, segun 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	$ 12.179.400,00	$ 0,00
Amortización Anticipo	$ 0,00	$ 0,00
Valor a pagar de la presente acta	$ 0,00	$ 2.298.000,00
Valor Total actas pagadas	$ 0,00	$ 2.298.000,00
Saldo por ejecutar	$ 0,00	$ 7.583.400,00
Sumas iguales	$ 12.179.400,00	$ 12.179.400,00

**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: 349201053	BANCO: BBVA Colombia	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: ALIDA MORENO SIERRA
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____
Nombre: DORELY FLECHAS CESPEDES
CONTRATISTA

Radicado No. S-2020-003361-HACDRF
* 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