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

ACTA PARCIAL	1		
FECHA PRESENTE ACTA	13/07/2020		
CONTRATO X CONVENIO	1821	DE FECHA: 01/06/2020	
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE UN PROFESIONAL EN INGENIERÍA SANITARIA CON DESPLAZAMIENTO PARA ALCANZAR LOS OBJETIVOS DEL PLAN OPERATIVO EN SALUD, EN LOS MUNICIPIOS ASIGNADOS DENTRO DEL PROYECTO DE "OPTIMIZACIÓN DE LAS ACCIONES DE AUTORIDAD SANITARIA DE LOS FACTORES DE RIESGO DEL AMBIENTE 2020 EN EL DEPARTAMENTO DE BOYACÁ		
CONTRATISTA	PABLO CESAR MUÑOZ LOZANO		NIT 7187556-1
			C.C 7187556
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR	NOHORA YANETH ZIPA CASAS		C.C 40020184
VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO :	VALOR INICIAL :	$ 28.198.800,00	
	APORTE DEL DEPARTAMENTO:	$ 0,00	
	APORTE DE CONTRAPARTE:	$ 0,00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$0,00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$0,00	
VALOR TOTAL CON ADICIONES		$ 28.198.800,00	
PLAZO INICIAL	SIETE (7) 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	SIETE (7) MESES Y CERO (0)DÍAS		
FECHA DE INICIACIÓN	01/06/2020		
ACTA DE SUSPENSIÓN N°	De Fecha: N.A		
ACTA DE REINICIACIÓN N°	De Fecha: N.A		
FECHA DE TERMINACIÓN	31/12/2020		
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	N.A		
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	de 01 de junio al 30 de junio del 2020		
RBPP N°	2020 00415 0003		

No/s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No: 3802 AÑO: 2020, RPC No 3802 AÑO 2020.

En las oficinas de DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD se reunieron los señores, NOHORA YANETH ZIPA CASAS Interventor / Supervisor y el señor PABLO CESAR MUÑOZ LOZANO 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° 8343985906 del mes (es) junio 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	$ 28.198.800,00	$ 0,00
Amortización Anticipo	$ 0,00	$ 0,00
Valor a pagar de la presente acta	$ 0,00	$ 4.028.400,00
Valor Total actas pagadas	$ 0,00	$ 0,00
Saldo por ejecutar	$ 0,00	$ 24.170.400,00
Sumas iguales	$ 28.198.800,00	$ 28.198.800,00

**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: 701920360	BANCO: Banco Av Villas	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: NOHORA YANETH ZIPA CASAS
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma:
Nombre: PABLO CESAR MUÑOZ LOZANO
CONTRATISTA

Radicado No. S-2020-005015-SALDPP
* 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

Escaneado con CamScanner