

ACTA PARCIAL	NOVIEMBRE DE 2020		DE FECHA 21/11/2020
FECHA PRESENTE ACTA	2020		
CONTRATO A CONVENIO	Nº 1		
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		
INTERVENIOR Y/O SUPERVISOR	NOHORA YANETH ZPA CASAS		
VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO	VALOR REAL	\$ 28.198.900,00	
	VALOR FORMAL	\$ 0,00	
	APORTE DEL DEPARTAMENTO	\$ 0,00	
	APORTE DE CONTRAPARTE	\$ 0,00	
ADICIONAL N°	VALOR	\$ 0,00	
ADICIONAL N°	VALOR	\$ 28.198.900,00	
VALOR TOTAL CON ADICIONES	SETE (7) MESES Y CERO DÍAS		
PLAZO REAL	De Fecha N.A.		
PRORROGA N°	Tiempo N.A.		
PRORROGA N°	Tiempo N.A.		
PLAZO TOTAL	SETE (7) MESES Y CERO DÍAS		
FECHA DE INICIACIÓN	21/11/2020		
ACTA DE SUSPENSIÓN N°	De Fecha N.A.		
ACTA DE RENUNCIACIÓN N°	De Fecha N.A.		
FECHA DE TERMINACIÓN	21/11/2020		
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	N.A.		
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	HASTA EL 30 DE NOVIEMBRE DE 2020		
RPC N°	2020 30413 0003		

NOMBRE Y AÑO DE REGISTROS PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC N° 3802 AÑO 2020 RPC N°
 AÑO

En las oficinas de DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD se reunieron los señores: NOHORA YANETH ZPA CASAS interviniente / Supervisor y el señor PABLO CESAR MUÑOZ LOZANO como representante legal o comitente, con el fin de suscribir la presente acta.

En vista 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 cumple 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° 48933886 47187336 del mes (es) noviembre de conformidad con la normatividad vigente.

CONTROL ANTICIPOS

Valor Anticipo	\$0.00
Sumatoria Amortizaciones	\$0.00
Gasto 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 haya antes de fuentes de financiación (verificar dentro de las observaciones) diligenciar y repetir cuando 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	\$ 28.198.900,00	\$ 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	\$ 20.142.000,00
Gasto por ejecutar	\$ 0,00	\$ 4.028.400,00
Sumas iguales	\$ 28.198.900,00	\$ 28.198.900,00

*Nota al balance: En los casos en los que existan diferentes fuentes de financiación debe discriminarse el balance por cada fuente según haya antes (fuentes de financiación - balance), diligenciar y repetir cuando 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

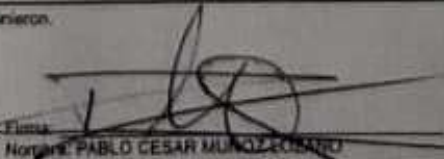
NÚM. CUENTA: 701920360	BANCO: Banco Av Villas	AHORROS: X	CORRIENTE: X
------------------------	------------------------	------------	--------------

*Las cantidades y valores consignados en la presente acta son responsabilidad exclusiva del contratista e interviniente y/o supervisor. El pago de la presente acta se realizará con base en el principio de confiabilidad y responsabilidad con que el interviniente y/o Supervisor y el contratista realizan las mediciones en campo y las revisiones efectuadas a los informes por parte del interviniente y/o Supervisor.

OBSERVACIONES O ACLARACIONES:

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

Firma: 
 Nombre: NOHORA YANETH ZPA CASAS
 INTERVENIOR Y/O SUPERVISOR

Firma: 
 Nombre: PABLO CESAR MUÑOZ LOZANO
 CONTRATISTA

Ratificado No. 5-2020-010054-SALDPA
 * 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 FIRMAO POR EL CONTRATISTA Y EL SUPERVISOR Y/O INTERVENIOR