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

FECHA PRESENTE ACTA	16/04/2026			
CONTRATO _X__ CONVENIO ___	No.	1917	DE FECHA:	28/03/2025
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE CONCURRENCIA DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DEL DEPARTAMENTO DE BOYACÁ NRO. 23			
CONTRATISTA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD NUESTRA SEÑORA DE LA NATIVIDAD			NIT: 826001918-7
	NIDIA ROCIO ROJAS LOPEZ			CC: 1052379398
INTERVENTOR __ SUPERVISOR ___	LIGIA ESPERANZA BERNAL CELY			CC:23753738
VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO :	VALOR INICIAL :	119.782.728,00		
	APORTE DEPARTAMENTO:	$ 0,00		
	APORTE DE CONTRAPARTE:	$ 0,00		
ADICIONAL N° __1_____	VALOR	22.880.897,00		
ADICIONAL N° ___NA_____	VALOR	$ 0,00		
VALOR TOTAL CON ADICIONES	$ 142.663.625,00			
PLAZO INICIAL	A PARTIR DE LA SUSCRIPCION DE LA FIRMA DEL ACTA DE INICIO HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2025			
PRORROGA N° __NA___	Tiempo:	NA	De Fecha:	NA
PRORROGA N° __NA___	Tiempo:	NA	De Fecha:	NA
PLAZO TOTAL	A PARTIR DE LA SUSCRIPCION DE LA FIRMA DEL ACTA DE INICIO HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2025			
FECHA DE INICIACIÓN	31/03/2025			
ACTA DE SUSPENSIÓN N° ___NA_	De Fecha:	NA		
ACTA DE REINICIACIÓN N° ___NA_	De Fecha:	NA		
FECHA DE TERMINACIÓN	31/12/2025			
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	31/12/2025			
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	**31/03/2025 al 31/12/2025**			
RBPP N°	2024 00415 0367			

N°s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No:_3528_AÑO: _2025_, RPC No. 7187__AÑO_2025_

En las oficinas de la Secretaría de Salud de Boyacá se reunieron los señores, LIGIA ESPERANZA BERNAL CELY Interventor / Supervisor, y el señor (a) NIDIA ROCIO ROJAS LOPEZ 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 de acuerdo a la(s) planilla (s) N° NO APLICA del mes (es) NO APLICA de conformidad con la normatividad vigente.

CONTROL ANTICIPOS

Valor Anticipo	$ 47.913.091,20
Sumatoria Amotizaciones	$ 47.913.091,20
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 o Convenio	142.663.625,00	
Amortización Anticipo		47.913.091,20
Valor a pagar de la presente acta		70.658.098,34
Valor Total actas pagadas		-
Saldo sin ejecutar (Liberar por el Departamento)		24.092.435,46
Valor a Reintegrar al Departamento (Cuando aplique)		-
Sumas iguales	142.663.625,00	142.663.625,00

**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:	710252230	BANCO AV VILLAS	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:

Gobernación de Boyacá Contratación
MARIO ALEXANDER QUINTERO
FECHA 12-05-2026

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

Firma: _____
Nombre: LIGIA ESPERANZA BERNAL CELY
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____
Nombre: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD NUESTRA SEÑORA DE LA NATIVIDAD
CONTRATISTA
NIDIA ROCIO ROJAS LOPEZ

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