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	12/2/26		
CONTRATO __X__ CONVENIO ___	No. 2714/2025	DE FECHA:	4/8/25
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS LOGÍSTICOS PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS TURÍSTICOS, PARA EL AÑO 2025 EN EL DEPARTAMENTO DE BOYACÁ		
CONTRATISTA	SOLUCIONES SOLGO S.A.S. R/L JUAN CAMILO SOLER GOMEZ.		NIT: 901821880-6 C.C:1.002.536.273
INTERVENTOR __ SUPERVISOR ___	ANA MARIA ROJAS VILLAMIL		C.C:52.990.504
VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO :	VALOR INICIAL :	$ 63.938.642,00	
	APORTE DEPARTAMENTO:	$ 0,00	
	APORTE DE CONTRAPARTE:	$ 0,00	
ADICIONAL N° 1	VALOR	$ 31.969.321,00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$ 0,00	
VALOR TOTAL CON ADICIONES	$ 95.907.963,00		
PLAZO INICIAL	El plazo de ejecución del contrato será hasta el 31 de diciembre de 2025, contados a partir del Acta de Inicio.		
PRORROGA N° ____	Tiempo:	De Fecha:	
PRORROGA N° ____	Tiempo:	De Fecha:	
PLAZO TOTAL	El plazo de ejecución del contrato será hasta el 31 de diciembre de 2025, contados a partir del Acta de Inicio.		
FECHA DE INICIACIÓN	8/8/25		
ACTA DE SUSPENSIÓN N° _____	De Fecha:		
ACTA DE REINICIACIÓN N° _____	De Fecha:		
FECHA DE TERMINACIÓN	31/12/25		
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	31/12/25		
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	DEL 13/12/2025 AL 31/12/2025.		
RBPP N°	2024 0415 0341-A1		

En las oficinas deLA SECRETARIA DE TURISMO se reunieron los señores,ANA MARIA ROJAS VILLAMIL Interventor / Supervisor, y el señor JUAN CAMILO SOLER GOMEZ, como representante legal de SOLGO SOLUCIONES S.A.S., 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 al certificado de paz y salvo y cumplimiento en pago de parafiscales dentro del termino de ejecución, respectivamente; de conformidad con la normatividad vigente.

CONTROL ANTICIPOS

Valor Anticipo	$ 0,00
Sumatoria Amotizaciones	$ 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 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	95.907.963,00	-
Amortización Anticipo		-
Valor a pagar de la presente acta		6.226.260,00
Valor Total actas pagadas		89.681.703,00
Saldo sin ejecutar (Liberar por el Departamento)		-
Valor a Reintegrar al Departamento (Cuando aplique)		-
Sumas iguales	95.907.963,00	95.907.963,00

**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: 25800006510	BANCO: BANCOLOMBIA S.A	AHORROS:X	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:

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

Firma: _____
Nombre:
ANA MARIA ROJAS VILLAMIL
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____
SOLUCIONES SOLGO S.A.S.
R/L JUAN CAMILO SOLER GOMEZ.
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 Contratacion Copias: Orden de Pago Tesorería, Contratista, Supervisor y/o Interventor

Gobernación de Boyacá Contratación
JAIME ALEJANDRO WALTEROS
FECHA 05/05/2026