ALCALDÍA MUNICIPAL DE NOBSA	FORMATO	VERSIÓN: 1
		CÓDIGO: A-GC-F-006
ACTA PARCIAL		FECHA: 20/02/2025

ACTA PARCIAL	N° 5	
FECHA PRESENTE ACTA	02 DE JULIO DEL 2025	
CONTRATO X CONVENIO __	MN-CPS-025-2025	DE FECHA: 27 DE ENERO DE 2025
OBJETO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN EL FORTALECIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES FINANCIERAS, CONTABLES Y ADMINISTRATIVAS EN LA SECRETARIA DE HACIENDA Y GESTION FINANCIERA DEL MUNICIPIO DE NOBSA-BOYACA.	
CONTRATISTA	YEISON MANUEL DIAZ MONTAÑA	NIT: 1.053.587.827-7 / C.C.1.053.587.827
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR	ANA MARIA LOPEZ RINCON	C.C. 1.057.588.795
VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO :	VALOR INICIAL :	$ 16.800.000
	APORTE DEL MUNICIPIO:	$ 16.800.000
	APORTE DE CONTRATISTA	$ 0
ADICIONAL N° ____	VALOR	$ 0
ADICIONAL N° ____	VALOR	$ 0
VALOR TOTAL CON ADICIONES		$ 16.800.000
PLAZO INICIAL		(7) SIETE MESES Y (0) CERO DIAS
PRORROGA N° ____	Tiempo:	De Fecha:
PRORROGA N° ____	Tiempo:	De Fecha:
PLAZO TOTAL		(7) SIETE MESES Y (0) CERO DIAS
FECHA DE INICIACIÓN	28 DE ENERO DE 2025	
ACTA DE SUSPENSIÓN N°	De Fecha:	
ACTA DE REINICIACIÓN N°	De Fecha:	
FECHA DE TERMINACIÓN	27 DE AGOSTO DE 2025	
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	27 DE AGOSTO DE 2025	
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	28 DE MAYO DE 2025 AL 27 DE JUNIO DE 2025	
RBPP N°	202400000006085	

No/s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RP No: 250127-3 AÑO: 2025 .

En las oficinas de SECRETARÍA DE HACIENDA Y GESTION FINANCIERA se reunieron los señores, ANA MARIA LOPEZ RINCON Interventor / Supervisor y el señor YEISON MANUEL DIAZ MONTAÑA como representante legal o contratista, con el fin de suscribir la presente acta.

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 de supervision/interventoria, por tanto el suscrito supervisor o interventor 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 laborales y Parafiscales (Cuando Aplique) de acuerdo a la(s) planilla (s) N°7972981049 del mes (es) MAYO de 2025 conformidad con la normatividad vigente.

CONTROL ANTICIPOS
Valor Anticipo _____
Sumatoria Amortizaciones: _____
Saldo por Amortizar: _____

*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	$ 16.800.000,00	
Amortización Anticipo		
Valor a pagar de la presente acta		$ 2.400.000,00
Valor Total actas pagadas		$ 9.600.000,00
Saldo por ejecutar		$ 4.800.000,00
Sumas iguales	$ 16.800.000,00	$ 16.800.000,00

*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: 377069208	BANCO: BOGOTA	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, la verificacion y entrega de bienes y la prestación de servicios, las revisiones efectuadasy que consta en los informes por parte del Interventor y/o Supervisor que soportan el pago de la presente acta.

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 LOPEZ RINCON
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____
Nombre: YEISON MANUEL DIAZ MONTAÑA
CONTRATISTA

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.