

ACTA DE TERMINCION Y RECIBO FINAL A SATISFACCIÓN



CÓMBITA

FECHA PRESENTE ACTA	14 de julio de 2026		
CONTRATO ☒ CONVENIO	No. CPS-050-2026	DE FECHA:	28 de Enero de 2026
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL DESARROLLO DEL PROCESO DE GESTIÓN ORGANIZACIONAL QUE TIENE A CARGO LA SECRETARIA DE GOBIERNO FRENTE AL DESARROLLO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE TALENTO HUMANO Y SUS COMPONENTES DENTRO DEL MIPG. "CÓMBITA RENACE 2024-2027"		
CONTRATISTA	DIANA CAROLINA REYES ROJAS	NIT:	
INTERVENTOR ☐ SUPERVISOR	SINDY PAOLA RUIZ SUÁREZ (SECRETARIA DE GOBIERNO)	C.C: 1049647378	
		C.C: 1051211633	
VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO :	VALOR INICIAL :	\$ 13.000.000,00	
	APORTE MUNICIPIO:	\$ 13.000.000,00	
	APORTE DE CONTRAPARTE:	\$ 0,00	
ADICIONAL N°	VALOR	\$ 0,00	
ADICIONAL N°	VALOR	\$ 0,00	
VALOR TOTAL CON ADICIONES		\$ 13.000.000,00	
PLAZO INICIAL	CINCO (05) MESES CONTADOS A PARTIR DE LA SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO		
PRORROGA N°	Tiempo:N/A	De Fecha:N/A	
PRORROGA N°	Tiempo:N/A	0 De Fecha:N/A	
PLAZO TOTAL	CINCO (05) MESES		
FECHA DE INICIACIÓN	28 de ENERO de 2026		
ACTA DE SUSPENSIÓN N°	De Fecha:	N/A	
ACTA DE REINICIACIÓN N°	De Fecha:	N/A	
FECHA DE TERMINACIÓN	27 de Junio de 2026		
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	27 de Junio de 2026		
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	Del 28/05/2026 al 27/06/2026		
RBPP N°	N/A		

N°s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No: 131 AÑO: 2026

En las oficinas de la alcaldía municipal de combita se reunieron los señores, SINDY PAOLA RUIZ SUAREZ (SECRETARIA DE GOBIERNO) Supervisora, y la señora DIANA CAROLINA REYES ROJAS como 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, 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 cumplió con sus aportes al régimen de Seguridad Social en Salud, Pensión, Riesgos profesionales de acuerdo a la(s) planilla (s) N° _____ de los meses de ENERO, FEBRERO, MARZO, ABRIL, MAYO y 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 financiación debe discriminarse el anticipo por cada fuente de financiación, según 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 o Convenio	\$ 13.000.000	-
Valor Adicional del contrato o Convenio	\$ 0	
Amortización Anticipo	-	\$ 0,00
Valor a pagar de la presente acta	-	\$ 2.600.000
Valor Total actas pagadas	-	\$ 10.400.000,00
Saldo sin ejecutar (Liberar por el Municipio)	-	-
Valor a Reintegrar al Municipio (Cuando aplique)	-	\$ 0,00
Sumas iguales	\$ 13.000.000	\$ 13.000.000

**Nota al balance: En los casos en los que existan diferentes fuentes de financiación debe discriminarse el balance por cada fuente según hoja anexa (fuentes de financiación- 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:	BANCO:	AHORROS:	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.

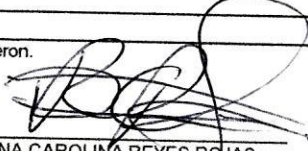
Firma:



Nombre: SINDY PAOLA RUIZ SUÁREZ

INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma:



Nombre: DIANA CAROLINA REYES ROJAS

CONTRATISTA

* Si se requieren se pueden adicionar mas firmas.

ANEXO: 1. PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL MES CORRESPONDIENTE A ENERO, FEBRERO, MARZO, ABRIL, MAYO y JUNIO

2. CUENTA DE COBRO

3. INFORME COMPLETO DE ACTIVIDADES FIRMADO POR EL CONTRATISTA Y EL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR.