ACTA DE TERMINACION Y RECIBO FINAL A SATISFACCIÓN

FECHA PRESENTE ACTA	21 DE JULIO DE 2026		
CONTRATO __X__ CONVENIO ___	No. IPMC-009-2026	DE FECHA 10 DE ABRIL DE 2026	
OBJETO	OBJETO – PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA IMPRESIÓN Y ENTREGA EN EL ÁREA RURAL Y URBANA DE LAS LIQUIDACIONES OFICIALES DEL IMPUESTO PREDIAL UNIFICADO Y COMPLEMENTARIOS DEL MUNICIPIO DE CÓMBITA BOYACÁ		
CONTRATISTA	ENLINEA.APP SAS		NIT:900.924.966-1
	LUIS GERMAN TORRES MOGOLLON		C.C: 7.168.314
INTERVENTOR __ SUPERVISOR __	KAREN YULIETH GONZALEZ MORALES (SECRETARIA DE HACIENDA)		C.C: 1098793406
VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO :	VALOR INICIAL :	$ 42.499.999,00	
	APORTE MUNICIPIO:		
	APORTE DE CONTRAPARTE:	$ 0,00	
ADICIONAL N° _____1__	VALOR	$ 0,00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$ 42.499.999,00	
VALOR TOTAL CON ADICIONES	$ 42.499.999,00		
PLAZO INICIAL	TRECE (13) DIAS A PARTIR DEL ACTA DE INICIO		
PRORROGA N° ___1__	Tiempo: N/A	De Fecha: N/A	
PRORROGA N° _____	Tiempo:N/A	0 De Fecha:N/A	
PLAZO TOTAL	TRECE (13) DIAS		
FECHA DE INICIACIÓN	20 DE ABRIL DE 2026		
ACTA DE SUSPENSIÓN N° _____	De Fecha:	N/A	
ACTA DE REINICIACIÓN N° _____	De Fecha:	N/A	
FECHA DE TERMINACIÓN	02 DE MAYO DE 2026		
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	02 DE MAYO DE 2026		
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	Del 20/04/2026 al 02/05/2026		
RBPP N°	202500000001231		

N°s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No: 526 AÑO: 2026

En las oficinas de la alcaldia municipal de combita se reunieron los señores, KAREN YULIETH GONZALEZ MORALES (SECRETARIA DE HACIENDA) Supervisora, y el señor LUIS GERMAN TORRES MOGOLLON 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, 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 de acuerdo a la(s) planilla (s) N° 9502285954, 9503892600, de los meses ABRIL y MAYO 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	$ 42.499.999,00	$ -
Amortización Anticipo	$ -	$ -
Valor a pagar de la presente acta	$ -	$ 42.499.999,00
Valor Total actas pagadas	$ -	$ -
Saldo sin ejecutar (Liberar por el Municipio)	$ -	$ -
Valor a Reintegrar al Municipio (Cuando aplique)	$ -	$ -
Sumas iguales	$ 42.499.999,00	$ 42.499.999,00

**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:415033040534	BANCO:BANCO AGRARIO	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 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: KAREN YULIETH GONZALEZ MORALES
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Nombre: LUIS GERMAN TORRES MOGOLLON
CONTRATISTA

* Si se requieren se pueden adicionar mas firmas.

ANEXO: 1. PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL MES CORRESPONDIENTE AL MES DE ABRIL Y MAYO DE 2026
2.: CUENTA DE COBRO
3.INFORME COMPLETO DE ACTIVIDADES FIRMADO POR EL CONTRATISTA Y EL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR.