|  |  |
| --- | --- |
| **Contrato No.** |   |
| **Objeto** |  |
|
|
| **Valor total** | (Incluir el valor del contrato con las adiciones en valor si hay lugar a ello, adicionando filas al formato)  |
| **Contratista** |   |
| **Interventor** | (Si aplica, de lo contrario eliminar fila) |
| **Supervisor** |   |
| **Fecha de Inicio** |   |
| **Fecha de Suspensión** | (Incluir siempre y cuando aplique al contrato, de lo contrario eliminar fila) |
| **Fecha de Reiniciación** | (Incluir siempre y cuando aplique al contrato, de lo contrario eliminar fila) |
| **Fecha de terminación** |   |
| **Plazo de Ejecución**  | (Incluir el plazo total del contrato con las adiciones en plazo si hay lugar a ello, adicionando filas al formato)  |
| **FECHA DE ELABORACIÓN DEL ACTA PARCIAL** | **Año** | **Mes** | **Día** |
|  |   |   |
| En la ciudad de Ibagué, en la fecha antes indicada, contratista y supervisor suscriben la presente Acta Parcial No.\_\_\_\_ del contrato antes identificado. Para completar y soportar los trámites necesarios para su correspondiente pago. |
| **Periodo informado** |   |
| **Informe de las actividades desarrolladas y avaladas por el supervisor** | (El supervisor debe escribir una a una las actividades desarrolladas por el contratista, así como los requerimientos y demás aspectos evidenciados durante el periodo informado) |
| **Evidencias de la ejecución del contrato** | (Describir y mencionar las evidencias que respaldan las actividades desarrolladas por el contratista, durante el periodo informado)**Nota 1:** En el caso de los contratos de servicio y suministro y los demás a los que aplique este registro y que tengan clasificador CPC, deberán diligenciar las siguientes tablas:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ITEM** | **DETALLE DEL BIEN** | **CPC** | **CANTIDAD** | **VALOR UNITARIO** | **VALOR SOLICITADO PRESUPUESTALMENTE** | **VALOR ACTA** | **SALDO PRESUPUESTAL** |
| **CODIGO** | **DESCRIPCION** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **VALOR PRESENTE ACTA** | **$**  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ITEM** | **DETALLE DEL SERVICIO** | **CPC** | **CANTIDAD** | **VALOR UNITARIO** | **VALOR SOLICITADO PRESUPUESTALMENTE** | **VALOR ACTA** | **SALDO PRESUPUESTAL** |
| **CODIGO** | **DESCRIPCION** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **VALOR PRESENTE ACTA** | **$**  |  |

**Nota 2:** Si el proceso a contratar tiene bienes y servicios se deben diligenciar las dos tablas referidas anteriormente, de lo contrario dejar la que aplique exclusivamente al proceso y podrán agregar todas las columnas adicionales que requieran sin modificar las aquí plasmadas. |
| **ESTADO DE CUENTA** |
| **Valor Contrato** | (Incluir el valor del contrato con las adiciones en valor si hay lugar a ello, adicionando filas al formato)  |
| **Valor Acta No. 01** |   |
| **Valor Acta No. XX** |   |
| **Saldo (Valor pendiente para pago)** |   |
| **BALANCE DEL ANTICIPO** **(Si aplica de lo contrario retirar)** |
| **Valor del Anticipo** | (Incluir el valor del anticipo otorgado) |
| **Valor Amortizado Acta N° 01** |  |
| **Valor Amortizado Acta N° xx** |  |
| **Valor pendiente por amortizar** |  |
| **VALOR A CANCELAR EN ACTA PARCIAL N° XX: (Indicar el valor a cancelar en letras y números, después de amortizar el anticipo)** |
| **APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL** |
| **PERSONA JURIDICA** |
| El contratista presentó certificación suscrita por el revisor fiscal o el representante legal acreditando que se encuentra a paz y salvo en el pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y pagos de parafiscales a que hubiere lugar. |
| **APORTA CERTIFICACION REPRESENTANTE LEGAL** | SI  | NO  |
| **APORTA CERTIFICACION REVISOR FISCAL** (En caso de aportar certificación del revisor fiscal deberá adjuntar con ella, copia de la tarjeta profesional y certificado de antecedentes de la Junta Central de Contadores) | SI | NO  |
| **PERSONA NATURAL** |
| **Entidad en donde se realiza el pago.** |   | **Valor total del aporte** | **$ 0** |
| **Planilla No.** |   | **Salud** | $ 0 |
| **Periodo cotizado** | **De:**  |  | **Pensión** | $ 0 |
| **Hasta:** |  | **ARL** | $ 0 |
| **Entidad en donde se realiza el pago.** | (Incluir estas filas adicionales siempre y cuando aplique al contrato, de lo contrario eliminar filas)  | **Valor total del aporte** | **$ 0** |
| **Planilla No.** |   | **Salud** | $ 0 |
| **Periodo cotizado** | **De:**  |  | **Pensión** | $ 0 |
| **Hasta:** |  | **ARL** | $ 0 |
| **ANEXOS:** | **Marque con x** |
| Recibo de pago de seguridad social |  |
| Copias planillas de aporte |  |
| (Describir los otros anexos que hacen parte del acta parcial que se está tramitando) |  |
| **Firma**  |  |  |   |
| **Nombre**  |  |  |  |
|  | **Contratista** | **Supervisor** | **Interventor (Si aplica de lo contrario retirar)** |
| **V° B° Profesional Salud Ocupacional IBAL** | (Aquí va el nombre del profesional de salud ocupacional del IBAL) | (Aquí va la firma del profesional de salud ocupacional del IBAL) |  |