|  |  |
| --- | --- |
| **CONTRATO DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_\_\_ DEL XX DE XXX DE XXXX** | |
| **CONTRATANTE** | EMPRESA IBAGUEREÑA DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO S.A E.S.P OFICIAL – IBAL S.A. E.S.P OFICIAL |
| **CONTRATISTA** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **OBJETO** |  |
| **PLAZO INICIAL** |  |
| **PRORROGA N°**  (Si es el caso de lo contrario eliminar fila) |  |
| **SUSPENSIÓN**  (Si es el caso de lo contrario eliminar fila) | (Día/Mes/Año) |
| **REINICIACIÓN**  (Si es el caso de lo contrario eliminar fila) | (Día/Mes/Año) |
| **PLAZO TOTAL** |  |
| **FECHA DE INICIO** | (Día/Mes/Año) |
| **FECHA DE TERMINACIÓN** | (Día/Mes/Año) |
| **VALOR INICIAL** |  |
| **VALOR ADICIÓN N°** | (Si es el caso de lo contrario eliminar fila) |
| **VALOR TOTAL** |  |
| **INTERVENTOR**  (Si es el caso) | (Si es el caso de lo contrario eliminar fila) |
| **SUPERVISOR** |  |

El suscrito (NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR DEL CONTRATO) del IBAL S.A. E.S.P OFICIAL, en su calidad de (supervisor y/o interventor) del contrato en mención:

**CERTIFICA:**

|  |  |
| --- | --- |
| Contratista persona natural | Contratista persona jurídica |
| 2. El contratista presentó la planilla número \_\_\_\_\_\_\_\_ de fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en la que consta que ha efectuado el pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral en salud, pensión, y riesgos laborales, de él y del personal a cargo (Cuando a ello hubiere lugar), para el período de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Verificado el monto de cada uno de los aportes en la planilla, se constató que se ajusta a la base de liquidación que aplica para este tipo de contratos. | 2. 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. |

Se expide la presente constancia para efectos del respectivo pago en la ciudad de Ibagué, a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_\_.

[FIRMA]

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[NOMBRE INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR]

[Cargo]

Supervisor(a)