|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** |  | | | | | |
| **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** |  | | | | | |
| **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)** |  | | | | | |
| **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** | | |
| **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) | | |