|  |  |
| --- | --- |
| **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 FINAL** | **Año** | **Mes** | **Día** |
|  |   |   |
| En la ciudad de Ibagué, en la fecha antes indicada, contratista y supervisor suscriben la presente Acta Final de Entrega y Recibo a Satisfacción 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 y/o Acta Final** |   |
| **Valor Sin Ejecutar a Reintegrar** (Incluir siempre y cuando aplique al contrato, de lo contrario eliminar fila) |   |
| **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) | 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) |