|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CIUDAD** | SANTIAGO DE CALI | **FECHA DE INICIO** |  |  |  |
|  **DIA** | **MES** | **AÑO** |

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO** |
| **CONTRATO Nº:** |  | **FECHA DEL CONTRATO** |  |  |  |
|  **DIA** | **MES** | **AÑO** |
| **OBJETO:** |  |
| **VALOR:** | VALOR EN LETRAS M/CTE ( $ XXXXXX) |
| **FORMA DE PAGO:** | VALLECAUCANA DE AGUAS S.A. E.S.P., cancelará el valor del contrato de la siguiente forma:  |
| **PLAZO:** | Desde la suscripción del acta de inicio hasta XXXXXX | **FECHA DE TERMINACIÓN** |  |  |  |
|  **DIA** | **MES** | **AÑO** |
| **PÓLIZA No.** | CUANDO APLIQUE | **ASEGURADORA** | XXXXXXXXX |
| **GARANTÍA ÚNICA:** | **AMPAROS** | **VIGENCIA** | **VALOR** |
|  |  | $ |
|  |  | $ |
|  |  | $ |
|  |  | $ |
|  |  | $ |

|  |
| --- |
| **APROBACIÓN DEL ACTA** |
| Se reunieron: |
| **INTERVENTOR /****SUPERVISOR** | **Nombre** |  |
| **Cargo** |  |
| **Documento de Identidad** |  |
| **CONTRATISTA /** **ENTIDAD** | **Razón Social Contratista** |  |
| **NIT** |  |
| **Nombre Representante Legal** |  |
| **Documento de identidad**  |  |
| **PERIODICIDAD ACORDADA PARA LA RENDICIÓN INFORMES** |
| **Semanal:** |  | **Quincenal:** |  | **Mensual:** |  | **Otro:** |  | **Cual:**  |
| **CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES** |
| ¿Se requiere cronograma de actividades? |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

SI NO

|  |
| --- |
|  |

 |
| ¿El cronograma de actividades es aprobado? |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

SI NO

|  |
| --- |
|  |

 |
| Se deja constancia, que el interventor o supervisor, previa revisión de la documentación soporte del contrato (o convenio según el caso), la cual sustenta el cumplimiento de los requisitos de ejecución, da su aprobación y autoriza el inicio de su ejecución. |
|  |  |
| **Interventor / Supervisor** | **Representante Entidad Contratista** |