TIPO CONTRATO	**OPS**	**CPS**	**CS**		No.
INFORME PARCIAL		**INFORME FINAL**			**FECHA INFORME:**

1. Datos Generales					
Modalidad de Contratación			Contratación Directa		
Numero de Contrato					
Fecha de Suscripción del Contrato					
Fecha acta de inicio del contrato					
Objeto del Contrato					
Nombre del Contratista					
CC/ NIT					
Valor del Contrato					
Forma de Pago descrita en el contrato					
Plazo ejecución del contrato					
Supervisión	Nombre y Cargo				
	Fecha de Asignación de la Supervisión				

2. DATOS FINANCIEROS					
Certificado de Disponibilidad Presupuestal - CDP					
Numero		Valor		Fecha	
Registro Presupuestal					
Numero		Valor		Fecha	
Rubro Presupuestal Afectado					

3. CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA RELACIONADAS CON EL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL Y APORTES PARAFISCALES

Autorización Pago N°	**Planilla N°**	**Mes Aporte**	**Fecha de Pago**	**Valor Pagado**

Se verificó el cumplimiento de las obligaciones del contratista con los sistemas de Seguridad Social Integral en salud, pensiones y riesgos laborales, información que se puede constatar en la planilla y certificación de pago correspondiente al periodo informado.

4. DESCRIPCION SEGUIMIENTO Y EVALUACION DE ACTIVIDADES A CARGO DEL CONTRATISTA

ACTIVIDADES PACTADAS EN EL CONTRATO	**ACTIVIDADES REALIZADAS PERIODO DEL INFORME**

5. ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO

VALOR TOTAL CONTRATO			**$**
RELACIÓN DE PAGOS	**FECHA PERIODO A COBRAR**	**VALOR A COBRAR**	**SALDO**
Pago No.			
Pago No.			
Pago No.			

7. OBSERVACIONES A TENER EN CUENTA

Establecer para el informe final, el cumplimiento total de las actividades.

FIRMA DEL SUPERVISOR	
FECHA	