|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Plan de Desarrollo:** |  | **No. Informe:** | 01 |
| **Eje:** |  | **Fecha acta de inicio:** |  |
| **Sector:** |  | **Nombre Contratista:** |  |
| **Programa:** |  | **Cédula:** |  |
| **Subprograma:** |  | **Dependencia en la cual realiza las actividades:** |  |
| **No. de Contrato:** |  | **Ejecución del Periodo:** |  |
| **Objeto Contrato:** |  | **Porcentaje (%) de avance en el cumplimiento del contrato inicial:** |  |
| **Porcentaje (%) de avance en el cumplimiento de la adición del contrato:** |  |
| **Duración del contrato inicial:** |  | **Valor del Contrato inicial:** |  |
| **Duración de la adición:** |  | **Valor de la adición** |  |
| **Duración Total del contrato:** |  | **Valor Total del Contrato:** |  |
| **No. de Planilla de Seguridad Social** |  | **Mes cancelado en la Planilla de Seguridad Social** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ACTIVIDADES ESPECIFICAS DEL CONTRATO** | **DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD EJECUTADA** | **EVIDENCIAS** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Valor Contrato Inicial** | $xxx |
| **+ Valor de la adición** | $xxx |
| * **Primer Pago** | $xxx |
| **Saldo a Ejecutar** | $xxx |

**Firma Contratista**

**Firma Supervisor(es) del Contrato**

**Nota informativa para el supervisor:** Se debe revisar los siguientes documentos.

1. Planilla de Seguridad Social cancelada y recibo de pago.
2. Y demás documentos requeridos en el Instructivo de orden de pago para contrato prestación de servicios (AFP.CT-03.IT-01, Secretaría de Hacienda).

**NÚMERO DEL CONTRATO: XXXX**

**INFORME No. 1 (EVIDENCIA ACTIVIDAD 1)**

**EJECUCIÓN DEL PERIODO: DEL DÍA MES Y AÑO AL DÍA MES Y AÑO**

**TEMA DE LA ACTIVIDAD**

Sólo en los casos de fotografías, gráficos o pantallazos (si son necesarios).

Descripción de la evidencia.