|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATO** | | | | | | | | | |
| **N° DE CONTRATO:** |  | | | | | | | | |
| **FECHA DEL CONTRATO:** |  | | | | | | | | |
| **TIPO DE CONTRATO:** | **Obra** |  | | **Compra** | |  | **Servicios** | |  |
| **OBJETO:** |  | | | | | | | | |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** |  | | | | | | | | |
| **IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA:** | C.C. | |  | | NIT. | | |  | |
| N° | | | | N° | | | | |

|  |
| --- |
| 1. **VERIFICACIÓN DE REQUISITOS PARA APROBACIÓN DEL PAGO DEL ANTICIPO** |

Los siguientes son los requisitos y documentos adjuntos que se deben verificar y anexar al presente documento:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Requisito** | **SI** | **NO** |
| 1. Certificación bancaria de constitución de la Cuenta. |  |  |
| 1. Formato de Aprobación de Pólizas |  |  |
| 1. Documento del Plan de Inversión del Anticipo que se ajusta al cronograma de actividades. |  |  |
| 1. Documento Cronograma de Actividades Inversión por Semanas |  |  |
| 1. Pago al Sistema de Seguridad Social en Salud y Pensión (personas naturales); o 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, el SENA, el ICBF y las Cajas de Compensación Familiar (persona jurídica). |  |  |

El Supervisor y/o Interventor, certifican que se verifico el cumplimiento de los requisitos exigidos para aprobación y buen manejo del anticipo.

Se firma a los XX días del (MES) del (AÑO).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre: Nombre:

Supervisor(a) Interventor(a) (si aplica)

**Aprobado por:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Representante Legal

Rector(a)