**ACTA LIQUIDACIÓN BILATERAL**

**CONTRATO No. 0000-20XX-000000**

|  |  |
| --- | --- |
| **CONTRATO No:** | 0000-20XX-000000 |
| **CONTRATANTE:** | DISTRITO ESPECIAL, INDUSTRIAL Y PORTUARIO DE BARRANQUILLA |
| **CONTRATISTA:** | XXXXXXXXX NIT: XXXXXXX |
| **SUPERVISOR: (Verificar si es Interventor o Supervisor )** | **CARGO QUE REALIZÓ LA INTERVENTORÍA O SUPERVISIÓN**  |
| **OBJETO:** | **OBJETO DEL CONTRATO** XXXXXXXXXXXX |
| **VALOR:** | ($xxxxxxxxx) **Valor en letras** M/L |

En la ciudad de Barranquilla, Distrito Especial, Industrial y Portuario se reunieron **NOMBRE DEL** **INTERVENTOR O SUPERVISOR** (según sea el caso)**, CARGO QUE DESEMPEÑA** en calidad de Supervisor o Interventor (Según sea el caso), **NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA FIRMA CONTRATISTA**, identificado con la C.C. No. XXXX Representante Legal de XXXX en calidad de contratista y el doctor **CARLOS ACOSTA JULIAO,** en su calidad de Secretario General y delegado para la contratación, con el fin de liquidar el contrato en forma bilateral.

**CRONOLOGÍA DEL CONTRATO**:

|  |  |
| --- | --- |
| **PLAZO:** | *El presente contrato tendrá una duración de XXXX meses a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecució. (Como lo indica la clausula del contrato referente al plazo)* |
| **FECHA DE INICIACION:**  | ***Es la fecha de aprobación de las polizas de seguro*** |
| **FECHA DE TERMINACIÓN:**  | *Xxxxx* |

**BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO:**

|  |  |
| --- | --- |
| **VALOR INICIAL:** | $ xxxxx  *M.L* |
| **VALOR FINAL:** | $ xxxxx  *M.L* |
| **SALDO A FAVOR DEL DISTRITO:** | $ |
| **SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA:**  | *$* |

**PAGOS REALIZADOS:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RESERVA** | **VALOR RESERVA** | **BENEFICIARIO** | **CONCEPTO** | **ORD.PAGO** | **VALOR ORD.** | **FECHA ORD.** |
| xxx | $ xxxxxx | **NOMBRE CONTRATISTA** | Pago Parcial | XXXXX | *$XXXXXX* | XX/XX/20XX |
| xxx | $ xxxxxx | **NOMBRE CONTRATISTA** | Pago Final Parcial | XXXXX | *$XXXXXX* | XX/XX/20XX |

**GARANTÍAS:**La interventoría verifico que el contratista anexara las garantías otorgadas, de manera que los amparos allí contenidos contractuales estuvieran de conformidad con lo pactado, tal como se detalla a continuación.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **COMPAÑÍA ASEGURADORA** | **PÓLIZA No.** | **RIESGO** | **VALOR** | **VIGENCIA** |
| XXXXX  | XXXXX | **COBERTURA** (Relacionar cada poliza, inlcuso las modificatorias si las hay) | $XXXXXX | DESDE XX/XX/XX HASTA XX/XX/XX |
| XXXXX  | XXXXX | **COBERTURA** (Relacionar cada poliza, inlcuso las modificatorias si las hay) | $XXXXXX | DESDE XX/XX/XX HASTA XX/XX/XX |

**ANOTACIONES ADICIONALES**

 Se deja constancia de las siguientes circunstancias:

**1.-** Que el **supervisor** o interventor **(según sea el caso)** certifica que el contratista ejecutó a cabalidad el objeto del contrato, cumpliendo con todas las obligaciones derivadas del mismo, para lo cual se anexan los informes de interventoría evidencias de ejecución.

**2.-** Que el contratista declara expresamente que el DISTRITO cumplió con todas las obligaciones a su cargo emanadas del contrato, razón por la cual se declara a paz y salvo por todo concepto.

**3.-** Que el **supervisor o** interventor(**según sea el caso**) certifica que el contratista cumplió con los aportes en seguridad social Integral y aportes parafiscales durante la ejecución del contrato, de acuerdo con los soportes que obran en el expendiente contractual.

**4.-** Se deja constancia que el DISTRITO NO impuso sanciones contractuales al contratista.

**FINIQUITOS**

En consecuencia de lo anteriormente escrito, las partes declaran a paz y salvo por todo concepto y renuncian a cualquier reclamación de índole administrativo, financiero, contractual o judicial.

Se firma en Barranquilla, Atlántico a los

**xxxxxxxxx xxxxxxxxxxxx**

Contratista Supervisor

**XXXXXXX**

Secretario General

Proyectó: **Cargo que desempeña**-**Secretaria para la que trabaja** (Supervisor o Interventor según el caso) (**Ejemplo:** Proyectó: Asesor de despacho-Secretaría de Salud (Supervisor)

Revisó: