INSTITUTO MUNICIPAL DE RECREACIÓN Y DEPORTE DE CHIA (IMRD)			
	MACROPROCESO	XXXXXXXXXXXXX	CÓDIGO: XXXXXXXXXX
	PROCESO	XXXXXXXXXXXX	VERSIÓN: XXXXXXX
	TIPO DE DOC.	FORMATO	VIGENCIA: XXXXXXXXXXX
	NOMBRE	ACTA DE INICIO	

(Acta No.)

CONTRATO *o CONVENIO*	No. *(Igual al de la minuta)*
TIPO DE CONTRATO:	(ARRENDAMIENTO /SERVICIO /OBRA /COMPRA/ CONSULTORIA…)
OBJETO	(OBJETO DEL CONTRATO)
CONTRATISTA	(NOMBRE O RAZON SOCIAL)
NIT	(DEL CONTRATISTA)
INTERVENTOR	(Nombre Interventor Contratado para tal fin) *(Si aplica)*
SUPERVISOR	(NOMBRE DEL FUNCIONARIO DESIGNADO)
VALOR DEL CONTRATO	$
PLAZO DE EJECUCIÓN	( ) *(Igual al de la minuta)*
FECHA DE TERMINACIÓN:	

En el Instituto municipal de recreación y Deporte de chía, nos reunimos en el sitio de ejecución del contrato: _____(nombre del contratista o Rep Legal) - en su calidad de contratista (o de Representante Legal de la empresa (nombre de la empresa contratista), (Nombre del Interventor y del Representante Legal del Interventor) Interventor y (Nombre del Supervisor) supervisor; con el fin de dejar constancia del inicio real y efectivo de la ejecución del presente contrato *o convenio* una vez cumplidos los requisitos de perfeccionamiento , legalización y ejecución del mismo, así:

Fecha de suscripción del contrato:	(Copiar la Fecha de la minuta)
Registro presupuestal:	(número) de fecha (dd mm aaaa)
Acta de aprobación de las garantías:	(número) de fecha (dd mm aaaa)

De igual forma, se deja constancia que se informa al Contratista que el Instituto se encuentra certificado en calidad conforme a la norma NTC GP 1000:2009, generando una explicación del mapa de procesos, y el todo lo que el enmarca de su servicio como apoyo al proceso _____.

A partir de la fecha de suscripción de esta acta se empieza a contar el plazo de ejecución contractual.

Para constancia, se firma la presente acta en original por los que en ella intervinieron, a los _____ () días del mes de _____ dos mil _____ (2.0___)

_____
(Nombre completo del supervisor)
Cargo
Supervisor

_____
(Nombre completo del CONTRATISTA)
Nombre Representante Legal
Identificación

_____
(Nombre completo del INTERVENTOR)
(Nombre completo del representante Legal del Interventor)
Interventor

Si este documento se encuentra impreso se considera **Copia no Controlada**, se garantiza su vigencia si este documento corresponde a la versión publicada en la Carpeta compartida en el DRIVE del **IMRD.**