Gobernación del Cauca Secretaría de Salud	**ACTA DE INICIO**	**Código:** **Versión: 1.0** **Página: 1 de 1**

CONTRATANTE	DEPARTAMENTO DEL CAUCA – SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL		
No. DE CONVENIO	2003-2023		
VALOR TOTAL DEL CONVENIO	$500.000.000		
PLAZO DEL CONVENIO	Tres (3) meses y quince (15) días calendario contados a partir de la suscripción del acta de inicio previo cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución del convenio.		
CONTRATISTA	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO OCCIDENTE**		
No. IDENTIFICACIÓN	900.145.588-6		
SUPERVISOR	**DIDIER IVAN GOLONDRINO LEON**		
NIVEL PROFESIONAL	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	**PROCESO**	PROCESO GESTIÓN DE LA PROVISIÓN DE SERVICIOS INDIVIDUALES

OBJETO DEL CONTRATO

AUNAR ESFUERZOS, TÉCNICOS, FINANCIEROS Y ADMINISTRATIVOS PARA FORTALECER LA PRESTACION DEL SERVICIO DE SALUD EN EL MUNICIPIO DE LÓPEZ DE MICAY, MEDIANTE LAS ADECUACIONES MENORES PARA MEJORAR LAS CONDICIONES DE PRESTACION DE SERVICIOS DEBIDO A LAS AFECTACIONES PRODUCIDAS POR LA OLA INVERNAL E INCENDIO EN EL HOSPITAL DE LÓPEZ DE MICAY, PUNTO DE ATENCION DE LA E.S.E OCCIDENTE, DE CONFORMIDAD CON EL PROYECTO DENOMINADO "FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD EN EL DEPARTAMENTO DEL CAUCA

En Popayán, a los siete (7) días del mes de julio de 2023, se reunieron: El ingeniero **DIDIER IVAN GOLONDRINO LEON**, Supervisor por parte del Departamento del Cauca y el Doctor **CARLOS ALFREDO VALVERDE ZAMORA**, en calidad de Representante Legal de la Empresa Social del Estado Occidente- ESE como Contratista, con el propósito de elaborar y suscribir la presente **ACTA DE INICIO,** momento a partir del cual, por parte del contratista se da inicio a las actividades y obligaciones encaminadas al desarrollo del objeto contractual. Por parte del supervisor se deja constancia que a la fecha se han cumplido las actividades relacionadas con la legalización del contrato tales como:

1. Registro Presupuestal de Compromisos No. 6522 de julio 7 de 2023
2. Certificado de disponibilidad presupuestal No. 3711 de junio 20 de 2023
3. Recibo pago estampilla. Estampillas SI ( ) NO (**X**). (NA)
4. Aprobación de pólizas: SI (x) NO ( ).

Para constancia se firma la presente acta por quienes en ella intervinieron:

FIRMA SUPERVISOR	**FIRMA CONTRATISTA**
DIDIER IVAN GOLONDRINO LEON	**CARLOS ALFREDO VALVERDE ZAMORA**