| | | |
|---|---|---|
| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.** | |
| | **ACTA DE INICIO DE CONTRATO Y ORDEN** | **CO-CBS-FT-03 V2** |

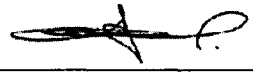
| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **INFORMACIÓN GENERAL:** | CONTRATO 7750-2023 | | | | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS E INSUMOS MEDICOQUIRURGICOS PARA GARANTIZAR LA ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS ASISTENCIALES DE LAS UNIDADES QUE COMPONEN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E. | | | | | |
| **1.CONTRATANTE:** | **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E** | | | | | |
| **2.CONTRATISTA:** | COMPAÑÍA DE REPRESENTACIONES MEDICAS S.A. "C T P MÉDICA S.A." | | | | | |
| **3.FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO:** | 2023/12/13 | | | **4.TIPO DE CONTRATO:** | SUMINISTROS | |
| **5.PLAZO DE EJECUCIÓN:** | **DIAS** | | **MESES** | 1 | **6. VALOR DEL CONTRATO:** | $ 8.228.000,00 SON: OCHO MILLONES DOSCIENTOS VEINTIOCHO MIL PESOS |
| **7.FECHA DE INICIO DEL CONTRATO** | 2023/12/20 | | | | **8.FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO** | 2024/01/19 |
| **9. EXISTE ANTICIPO- PAGO ANTICIPADO** | | | | | **10. VALOR DEL ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO** | $0,00 SON: _____ |
| **OBSERVACIONES:** | | | | | | |

El día miércoles, 20 de diciembre de 2023 se reunieron el señor (a) **CAROLINA PERDOMO MEZA** identificado (a) con cédula de ciudadania 52.691.210 de Bogotá actuando en calidad de Representante Legal de **COMPAÑÍA DE REPRESENTACIONES MEDICAS S.A. "C T P MÉDICA S.A."** identificada con el NIT 800.121.151 – 5

El señor (a) ESTIVEL ALONZO PASTOR MERCHAN, identificado (a) con cedula de ciudadanía N° 1.024.547.866 de Bogotá (Supervisor Administrativo); y la señora ESTEPHANY JIMENEZ SANDOVAL, identificado (a) con cedula de ciudadanía N° 52.953.523 de Bogotá (Apoyo Técnico a la supervisión); en calidad de Supervisor(es) designado(s) por la Gerencia de la Subred Sur, a fin de suscribir el acta de inicio del Contrato en referencia, según lo establecido en el contrato.

| **VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO REQUISITOS DE EJECUCIÓN** | | | |
|---|---|---|---|
| **REQUISITOS** | **SI** | **NO** | **N.A.** |
| Registro presupuestal | X | | |
| Aprobación de póliza | X | | |

**Para efectos legales, se firma en la ciudad de Bogotá el dia miércoles, 20 de diciembre de 2023**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **FIRMA:** | | **FIRMA:** |  |
| **NOMBRE:** | ESTIVEL ALONZO PASTOR MERCHAN | **NOMBRE:** | CAROLINA PERDOMO MEZA |
| **C.C.** | 1.024.547.866 de Bogotá | **C.C.** | 52.691.210 de Bogotá |
| **SUPERVISOR** | ADMINISTRATIVO | **REPRESENTANTE LEGAL** | COMPAÑÍA DE REPRESENTACIONES MEDICAS S.A. "C T P MÉDICA S.A." |
| **FIRMA:** | Estephany Jimenez S | | |
| **NOMBRE:** | ESTEPHANY JIMENEZ SANDOVAL | | |
| **C.C.** | 52.953.523 de Bogotá | | |
| **SUPERVISOR** | APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN. | | |

| | |
|---|---|
| **Proyectó:** | DIEGO FERNANDO MEJÍA MEJÍA |