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:		3611 DE 2024				
OBJETO DEL CONTRATO:		ADQUISICION DE EQUIPOS BIOMEDICOS PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD DE LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN EN CASA DEL CONVENIO 0002-2023				
1.CONTRATANTE:		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.				
2.CONTRATISTA:		HOSPIOFFICE DOTACIONES HOSPITALARIAS Y DE OFICINA S A S- HOSPIOFFICE S A S				
3. FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO:		8/02/2024			**4.TIPO DE CONTRATO:**	**SUMINISTRO**
5.PLAZO DE EJECUCIÓN:	**DIAS**		**MESES**	1	**6. VALOR DEL CONTRATO:**	SETENTA Y NUEVE MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y NUEVE ($79.950.449)
7.FECHA DE INICIO DEL CONTRATO		20/02/2024			**8.FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO**	19/03/2024
9. EXISTE ANTICIPO- PAGO ANTICIPADO		N/A			**10. VALOR DEL ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO**	$0,00 SON: _____

OBSERVACIONES:

A los veinte (20) días del mes de febrero del año 2024, se reunieron la señora GLORIA NEIRA SIERRA, identificado con cedula de ciudadanía N° de 52.553.563 de bogotá, actuando en calidad de Representante Legal de HOSPIOFFICE DOTACIONES HOSPITALARIAS Y DE OFICINA S.A.S. HOSPIOFFICE S.A.S., identificada con el NIT. 900.392.426-1, la señora LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS, identificada con cedula de ciudadanía N°52933672, de bogotá en calidad de Supervisora y el señor DAVID AUGUSTO PARRA LOPEZ, identificado con cedula de ciudadanía N° 1000124328 de bogotá en calidad de apoyo a la supervisión, designados 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 día veinte (20) del mes de febrero del año 2024.

FIRMA:		**FIRMA:**	
NOMBRE:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS	**NOMBRE:**	GLORIA NEIRA SIERRA
C.C.	52933672	**C.C.**	52.553.563
SUPERVISOR:	ADMINISTRATIVO	**REPRESENTANTE LEGAL**	HOSPIOFFICE DOTACIONES HOSPITALARIAS Y DE OFICINA S A S- HOSPIOFFICE S A S

FIRMA:	David P
NOMBRE:	DAVID AUGUSTO PARRA LOPEZ
C.C.	1000124328
SUPERVISOR:	

Proyectó:	DAVID AUGUSTO PARRA LOPEZ

INDICACIONES DE DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO

1. Contratante: Nombre de la entidad o persona que contrata la prestación del servicio
2. Contratista: Nombre de la entidad o persona que cubre la prestación del servicio requerido
3. Fecha del contrato: Día, mes y año en que se realiza apertura del contrato.
4. Tipo de contrato: Modalidad de contrato según requerimiento
5. Plazo de ejecución: Fecha de término del contrato
6. Valor del contrato: Valor en Número y en letra del total del contrato.
7. Fecha de inicio del contrato: Dia, mes y año en que inicia el contrato
8. Fecha de terminación del contrato: Dia, mes y año de la terminación del contrato.
9. Existe pago anticipo y/p pago anticipado.
10. Valor del anticipo o pago anticipado: valor en números de los anticipos generados en la ejecución del contrato si hubiere lugar

Powered by CamScanner