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

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **INFORMACIÓN GENERAL:** | 1203 | | | | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | SUMINISTRO DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS E INJERTOS ÓSEOS, PARA LAS ESPECIALIDADES DE ORTOPEDIA, CIRUGÍA DE TÓRAX, CIRUGÍA DE MANO, CIRUGÍA DE COLUMNA, CIRUGÍA MAXILOFACIAL Y NEUROCIRUGÍA, DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS, EN 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:** | INTERNATIONAL HOSPITAL SUPPLIES S.A.S. "IHS S.A.S" | | | | | |
| **3. FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO:** | 29/02/2024 | | | **4.TIPO DE CONTRATO:** | SUMINISTROS | |
| **6.PLAZO DE EJECUCIÓN:** | **DIAS** | | **MESES** 2 | **6. VALOR DEL CONTRATO:** | $ 20.000.000 SON: VEINTE MILLONES DE PESOS | |
| **7.FECHA DE INICIO DEL CONTRATO** | 12/03/2024 | | | **8.FECHA DE TERMINACION DEL CONTRATO** | 11/05/2024 | |
| **9. EXISTE ANTICIPO- PAGO ANTICIPADO** | | | | **10. VALOR DEL ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO** | $0,00 SON: _____ | |
| **OBSERVACIONES:** | | | | | | |

A los DOCE (12) días del mes de MARZO del año 2024, se reunieron el señor (a) OLGA SOFIA CALA RUANO, identificado (a) con cedula de ciudadanía N° . 36.954.275 de Pasto ; actuando en calidad de Representante Legal de INTERNATIONAL HOSPITAL SUPPLIES S.A.S. "IHS S.A.S"., identificada con el NIT. . 900.589.897 – 9 y el señor (a) HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN , identificado (a) con cedula de ciudadanía N° 80417247 de BOGOTA y el señor (a) SONIA MAYERLY TIRADO DUARTE , identificado (a) con cedula de ciudadanía N° 52432913 de BOGOTA; 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 BOGOTA el día DOCE(12) del mes de 03 del año 2024

| | | | |
|---|---|---|---|
| **FIRMA:** | | **FIRMA:** | Olga Sofia Cala R |
| **NOMBRE:** | HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN | **NOMBRE:** | OLGA SOFIA CALA RUANO |
| **C.C.** | 80417247 | **C.C.** | 36.954.275 de Pasto |
| **SUPERVISOR:** | ADMINISTRATIVO | **REPRESENTANTE LEGAL** | |

| | |
|---|---|
| **FIRMA:** | |
| **NOMBRE:** | SONIA MAYERLY TIRADO DUARTE |
| **C.C.** | 52432913 |
| **SUPERVISOR:** | APOYO TECNICO SUPERVISION |

| | |
|---|---|
| **Proyectó:** | CRISTIAN LEONARDO BAUTISTA |

**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: Día, mes y año en que inicia el contrato
8. Fecha de terminación del contrato: Día, 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