

|                                                                                                                |                                    |                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------|
|  <b>GOBERNACIÓN DE Boyacá</b> | <b>FORMATO</b>                     | <b>VERSIÓN: 0</b>            |
|                                                                                                                | <b>ACTA DE INICIACIÓN CONTRATO</b> | <b>CÓDIGO: A-AD-GC-F-025</b> |
|                                                                                                                |                                    | <b>FECHA: 24/Jul/2019</b>    |

|                                                                                                                                                                  |                                       |                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|
| <b>FECHA PRESENTE ACTA: 01/04/2024</b>                                                                                                                           |                                       |                                |
| <b>CONTRATO No:</b>                                                                                                                                              | 1203                                  |                                |
| <b>REGISTRO BPyP No.:</b>                                                                                                                                        | 2023 00415 0314                       |                                |
| <b>CONTRATANTE:</b>                                                                                                                                              | <b>GOBERNACIÓN DE BOYACÁ</b>          | <b>NIT. C.C. 891-800-498-1</b> |
| <b>CONTRATISTA:</b>                                                                                                                                              | <b>ESE CENTRO SALUD MACANAL</b>       | <b>NIT. C.C. 820000857</b>     |
| <b>INTERVENTOR:</b>                                                                                                                                              | <b>GLORIA PATRICIA AVELLO BOLIVAR</b> |                                |
| <b>OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA CONCURRENCIA DE LAS ACCIONES DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA EN APLICACIÓN AL PRINCIPIO DE COMPLEMENTARIEDAD N° 9.</b> |                                       |                                |

|                              |                                                 |
|------------------------------|-------------------------------------------------|
| <b>VALOR:</b>                | \$ 19.500.000,00                                |
| <b>PLAZO DE EJECUCIÓN:</b>   | A partir del acta de inicio hasta el 30/12/2024 |
| <b>FECHA DE TERMINACIÓN:</b> | 30/12/2024                                      |

Marque con una X el requisito que aplique para la legalización y ejecución del contrato:

| REQUISITOS                 | SI | NO | N.A. |
|----------------------------|----|----|------|
| Garantías y su aprobación  |    | X  |      |
| Publicación, si es el caso | X  |    |      |
| Expedición de RP           | X  |    |      |
| Otros                      |    |    | X    |

Cuáles:

En constancia se firma por los que en ésta intervinieron, dejando constancia que se han reunido todos y cada uno de los requisitos necesarios tanto para la legalización del contrato como para su ejecución.

Firma: *Gloria Patricia Avello B*  
Nombre: GLORIA PATRICIA AVELLO BOLIVAR  
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: *[Signature]*  
Nombre: ESE CENTRO SALUD MACANAL  
CONTRATISTA