REPUBLICA DE COLOMBIA GOBERNACIÓN DEL CAUCA	**ACTA DE INICIO**	**Código:**
		Versión: 1.0
		Página: 1 de 1

CONTRATANTE	DEPARTAMENTO DEL CAUCA – SECRETARIA DE SALUD		
No. DE CONTRATO	1819 - 2024		
NO. DE PROCESO	DC-SSC-CDCO-009-2024		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$344.428.228		
PLAZO DEL CONTRATO	EL PLAZO DE EJECUCIÓN SERÁ DESDE LA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO PREVIO REGISTRO PRESUPUESTAL Y APROBACIÓN DE GARANTÍAS, HASTA EL 30 DE NOVIEMBRE DE 2024, PREVIO CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN DEL CONTRATO.		
CONTRATISTA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NORTE 1 ESE		
No. IDENTIFICACIÓN	900146010 - 6	**EXPEDIDA EN**	N/A
SUPERVISOR	ADRIANA RODRIGUEZ GOMEZ		
NIVEL PROFESIONAL	PROFESIONAL ESPECIALIZADO	DESPACHO	PROCESO GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA Y DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

OBJETO DEL CONTRATO

"**APOYAR EL FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD DE GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD APS"**

NOTA: Los recursos serán ejecutados en las dimensiones 2, 3, 4, 5, 6, 8 y 9 correspondientes a los municipios de Buenos Aires y Suárez.

En Popayán, el veinticuatro (24) de julio de 2024, se reunieron la Líder del Programa Proceso Gestión de la Salud Pública y de las Intervenciones Colectivas **ADRIANA RODRIGUEZ GOMEZ**, Supervisora por parte del Departamento y la Señora **DIANA MILENA DORADO DELGADO**, quien actúa en calidad de Gerente y Representante Legal de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NORTE 1 – 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 de la supervisora se deja constancia que a la fecha se han cumplido las actividades relacionadas con la legalización del contrato tales como:

1. Póliza No.**: 435 47 994000057394 del 18 de julio-2024**
2. Aprobación de la póliza**: 23 de julio del 2024**
3. Registro Presupuestal No. **5222 del 18 julio del 2024**
4. Recibo pago estampilla. Estampillas SI () NO (**X**).

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

FIRMA SUPERVISOR	FIRMA CONTRATISTA
	