GOBERNACION DE ANTIOQUIA REPUBLICA DE COLOMBIA	**ACTA DE INICIO**	Código: FO-M7-P6-001 Versión: 01 Fecha de aprobación: 01 de febrero del 2021

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO / CONVENIO

CONTRATO	☐	NÚMERO:	**4600017315**
CONVENIO	**X**	FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	09 AGO 2024
IDENTIFICACIÓN DEL PROCESO EN SECOP:			15870
OBJETO: Financiar los gastos de operación de la Empresa Social del Estado Hospital Héctor Abad Gómez de San Juan de Urabá, representados en gastos de personal y la adquisición de bienes y de servicios para la operación corriente de la entidad, destinados a la prestación de servicios de salud.			
ORGANISMO CONTRATANTE / ASOCIADA:		**DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA – SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL DE ANTIOQUIA.**	
CONTRATISTA / ASOCIADO		**NOMBRE:**	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL HÉCTOR ABAD GOMEZ**
		NIT	800.013.676-7
VALOR [$]:		QUINIENTOS SETENTA Y DOS MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS M/L ($572.589.997).	
PLAZO:		La duración del presente convenio será de cinco (5) meses y veinte (20) días contados a partir de la firma del acta de inicio, sin superar el 20 de diciembre de 2024.	
REGISTRO PRESUPUESTAL DE COMPROMISO Y/O VIGENCIA FUTURA		**RPC/ VIGENCIA FUTURA NUMERO:**	4500063297
		FECHA DE LIBERACIÓN (IMPRESIÓN):	30/07/2024
FECHA DE APROBACIÓN DE GARANTÍA:			N/A
ACREDITACIÓN DE QUE EL CONTRATISTA / ASOCIADO SE ENCUENTRA AL DÍA EN EL PAGO DE APORTES RELATIVOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL Y PARAFISCALES			SI

GOBERNACION DE ANTIOQUIA REPUBLICA DE COLOMBIA	**ACTA DE INICIO**	Código: FO-M7-P6-001
		Versión: 01
		Fecha de aprobación: 01 de febrero del 2021

SUPERVISOR(ES)/ INTERVENTOR	NOMBRE/RAZÓN SOCIAL IDENTIFICACIÓN (CC o NIT	LUZ STELLA FRANCO GAVIRIA C.C.42.781.434
	CONTRATO INTERVENTOR No.:	N/A

2. VERIFICACIÓN REQUISITOS

Previo a la suscripción de la presente acta se ha verificado el cumplimiento de los documentos y requerimientos necesarios para el inicio del convenio: Certificado de estar a paz y salvo con los aportes relativos al Sistema de Seguridad Social Integral, Caja de Compensación Familiar, ICBF y Sena, documentos del representante legal y de la institución, consulta de no antecedentes judiciales del Gerente y del contador ante la Junta Central de Contadores.

3. PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO/CONVENIO

De conformidad con el plazo establecido en el Contrato/Convenio No. **4600017315,** se fijan:

3.1. Fecha de inicio: 21 AGO 2024

3.2. Fecha de terminación: 20/12/2024

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

LUZ STELLA FRANCO GAVIRIA

SUPERVISORA CONVENIO

ERICA VANESSA ZAPATA PATERNINA

CONTRATISTA/ASOCIADO