| | | |
|---|---|---|
| | **FORMATO** | **VERSIÓN: 0** |
| | | **CÓDIGO: A-AD-GC-F-026** |
| **ACTA DE INICIACIÓN CONVENIO** | | **FECHA: 24/Jul/2019** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| FECHA PRESENTE ACTA: **22 /10/2024** | | | |
| CONVENIO No: | **3990 DE 2024** | | |
| REGISTRO BPyP | **2024 00415 0119** | | |
| CONTRATANTE: | **GOBERNACIÓN DE BOYACÁ** | NIT. | **891.800.498-1** |
| CONTRATISTA: | **ENTIDAD: ESE CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE BOYACA**<br>**R/L: DIANA CATALINA DELGADO JIMENEZ** | NIT.<br>CC. | **891.800.982-3**<br>**46.377.505** |
| SUPERVISOR: | **MONICA LILIANA SUAREZ BLANCO** | | |

**OBJETO: AUNAR ESFUERZOS ADMINISTRATIVOS PARA PRESTAR LOS SERVICIOS DE SALUD A LA POBLACIÓN INIMPUTABLE ATENDIDA EN EL DEPARTAMENTO**

| | |
|---|---|
| VALOR: | CUATROCIENTOS NOVENTA Y UN MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS PESOS ($ 491.645.700,00) M/CTE. |
| APORTE DEL DEPARTAMENTO: | CUATROCIENTOS NOVENTA Y UN MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS PESOS ($ 491.645.700,00) M/CTE. |
| APORTE DE LA ENTIDAD CON QUE SE SUSCRIBE CONVENIO: | NO APLICA |
| PLAZO DE EJECUCIÓN: | Hasta 31 de diciembre de 2024 |
| FECHA DE TERMINACIÓN: | 31/12/2024 |

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 convenio como para su ejecución.

Firma: Mónica J. Suárez B.
Nombre: MONICA LILIANA SUAREZ BLANCO
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____
Nombre: ESE CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE BOYACA
R/L: DIANA CATALINA DELGADO JIMENEZ
CONTRATISTA