

	FORMATO		VERSIÓN: 1																					
			CÓDIGO: A-AD-GC-F-025																					
ACTA DE INICIACIÓN CONTRATO			FECHA: 23/Ago/2024																					
FECHA PRESENTE ACTA: 1/11/2024																								
CONTRATO No:		4159 DE 2024																						
REGISTRO BPyP No.:		N.A																						
CONTRATANTE:		GOBERNACIÓN DE BOYACÁ	NIT. C.C.	891.800.498 -1																				
CONTRATISTA:		ALIRIO ALVARADO AVILA	NIT. C.C.	6752669 - 5																				
INTERVENTOR:		ELSA MARINA GUTIÉRREZ LÓPEZ																						
OBJETO: CONTRATAR LA ESTIMACIÓN DEL VALOR COMERCIAL Y LEVANTAMIENTO TOPOGRÁFICO DE LOS PREDIOS DE PROPIEDAD DEL DEPARTAMENTO DE BOYACÁ																								
VALOR:		SETENTA Y CINCO MILLONES TRESCIENTOS TRECE MIL QUINIENTOS PESOS (\$75.313.500,00) M/CTE																						
PLAZO DE EJECUCIÓN:		DOS (2) MESES contados a partir de la suscripción del acta de inicio.																						
FECHA DE TERMINACIÓN:		31/12/2024																						
Marque con una X el requisito que aplique para la legalización y ejecución del contrato:																								
<table><tr><th>REQUISITOS</th><th>SI</th><th>NO</th><th>N.A.</th></tr><tr><td>Garantías y su aprobación</td><td>X</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Publicacion, si es el caso</td><td>X</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Expedición de RP</td><td>X</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Otros</td><td></td><td></td><td>X</td></tr></table>					REQUISITOS	SI	NO	N.A.	Garantías y su aprobación	X			Publicacion, si es el caso	X			Expedición de RP	X			Otros			X
REQUISITOS	SI	NO	N.A.																					
Garantías y su aprobación	X																							
Publicacion, si es el caso	X																							
Expedición de RP	X																							
Otros			X																					
<table><tr><th>CERTIFICACION</th><th>SI</th><th>N.A</th><th>FECHA DE INICIO DE COBERTURA</th></tr><tr><td>Afiliación a Riesgos Laborales</td><td></td><td>X</td><td>N.A</td></tr></table>					CERTIFICACION	SI	N.A	FECHA DE INICIO DE COBERTURA	Afiliación a Riesgos Laborales		X	N.A												
CERTIFICACION	SI	N.A	FECHA DE INICIO DE COBERTURA																					
Afiliación a Riesgos Laborales		X	N.A																					
Nota: La fecha de la presente acta debe ser igual o superior a la fecha de inicio de cobertura de la afiliación a Riesgos Laborales																								
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: 		Firma: 																						
Nombre: ELSA MARINA GUTIÉRREZ LÓPEZ		Nombre: ALIRIO ALVARADO AVILA																						
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR		CONTRATISTA																						