| | | |
|---|---|---|
| GOBERNACIÓN DE BOYACÁ | **FORMATO** | **VERSIÓN: 1** |
| | | **CÓDIGO: A-AD-GC-F-025** |
| **ACTA DE INICIACIÓN CONTRATO** | | **FECHA: 23/Ago/2024** |

| | | |
|---|---|---|
| FECHA PRESENTE ACTA: 29/11/2024 | | |
| CONTRATO No: | 4531 | |
| REGISTRO BPyP No.: | 2024 00415 0164 | |
| CONTRATANTE: | **GOBERNACIÓN DE BOYACÁ** | **NIT. C.C. 891-800-498-1** |
| CONTRATISTA: | **ROSA OJEDA OJEDA** | **NIT. C.C. 40023256** |
| INTERVENTOR: | **SANDRA TERESA TELLEZ TORRADO** | |

OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS DERECHOS EN SALUD CON ENFOQUE DE CURSO DE VIDA N° 1

| | |
|---|---|
| VALOR: | $ 4.367.000,00 |
| PLAZO DE EJECUCIÓN: | UN (1) MES Y CERO (0)DÍAS |
| FECHA DE TERMINACIÓN: | 28/12/2024 |

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 |

| CERTIFICACION | SI | N.A. | FECHA DE INICIO DE COBERTURA |
|---|---|---|---|
| Afiliacion a Riesgos Laborales | x | | 29/11/2024 |

Nota: La fecha de la presente acta debe ser igual o superior a la fecha de inicio de cobertura de la afiliacion 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:_____
Nombre: SANDRA TERESA TELLEZ TORRADO
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma:_____
Nombre: ROSA OJEDA OJEDA
CONTRATISTA