La Calera Cundinamarca.,

Señores:
UNIDAD DE CONTRATACIÓN

ASUNTO: **DECLARACIÓN JURAMENTADA - RELACIÓN DE CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS VIGENTES CON OTRAS ENTIDADES ESTATALES.**

Yo, **ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE NEMOCÓN** identificado con NIT número **860024026-5** me permito informar que actualmente, me encuentro ejecutando convenios interadministrativos para el proceso de certificación de discapacidad con otras entidades estatales que se relacionan a continuación:

No.	ENTIDAD PÚBLICA	NÚMERO DE CONTRATO (VIGENTES)	PLAZO DE EJECUCIÓN	VALOR TOTAL CONTRATO	FECHA DE INICIO EJECUCIÓN (DD/MM/AAAA)	FECHA DE TERMINACIÓN (DD/MM/AAAA)
1	Alcaldía municipal de Cogua	CI-233-2024	6 meses	7’000.000	24 de junio de 2024	23 de diciembre de 2024
2	Alcaldía municipal de Suesca	241-2024	15 dias	3.005.270	11 de diciembre de 2024	25 de diciembre de 2024
3						

El presente documento se diligencia y firma bajo gravedad de juramento, el día 11 de diciembre de 2024

Firma:
Nombre: PAOLA ANDREA ECHEVERRI GÓMEZ
C.C: 38879063
Dirección de Residencia: Cajicá, Cundinamarca
Teléfono de contacto: 3004660546
Correo electrónico: gerencia@hospitaldenemocon.gov.co