Gobernación de Cundinamarca	GESTION CONTRACTUAL	Código: A-GC-FR-001
		Versión: 05
	ACTA DE INICIO	Fecha aprobación: 20/09/2024

ACTA DE INICIO CONVENIO INTERADMINISTRATIVO SS-CDCVI-1475-2024

INFORMACIÓN GENERAL	
FECHA DEL CONTRATO O CONVENIO: 21 DE DICIEMBRE DE 2024	**TIPO DE CONTRATO O CONVENIO:** CONVENIO INTERADMINISTRATIVO
PLAZO DE EJECUCION: CUATRO (04) MESES	**VALOR DEL CONTRATO O CONVENIO:** $ 645.297.770
NUMERO DEL CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL (CDP) Y FECHA: 7100059489 DEL 17 DE DICIEMBRE DE 2024	**NUMERO DE REGISTRO PRESUPUESTAL (RP) Y FECHA:** 4600027138 DEL 26 DE DICIEMBRE DE 2024
FECHA DE INICIO DEL CONTRATO O CONVENIO: 26 DE DICIEMBRE DE 2024	**FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO O CONVENIO:** 25 DE ABRIL DE 2025
ANTICIPO: **PAGO ANTICIPADO:** **N/A**	**VALOR DEL ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO:** **N/A**
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DIEGO FABIAN BAUTISTA BELLO **IDENTIFICACIÓN:** CC 1.013.583.854 **CARGO:** GERENTE - SECRETARIA DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA **ÁREA:** DIRECCION DE DESARROLLO Y GESTION DE LA RED DE PRESTACION DE SERVICIOS.	**NOMBRE DEL INTERVENTOR:** **N/A**
CONTRATANTE: DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA – SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA - DIRECCION DE DESARROLLO Y GESTION DE LA RED DE PRESTACION DE SERVICIOS	**CONTRATISTA O PARTE DEL CONVENIO:** EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE NEMOCÓN **IDENTIFICACIÓN:** **NIT 860024026-5**
OBJETO DEL CONTRATO O CONVENIO: AUNAR ESFUERZOS ENTRE LA SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA Y LA E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE NEMOCÓN, PARA LA ADECUACIÓN DE LA CUBIERTA Y SALA DE ESPERA DE CONSULTA EXTERNA DE LA E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE NEMOCÓN, CUNDINAMARCA, CON EL FIN DE CONTRIBUIR EN EL FORTALECIMIENTO, MEJORAMIENTO Y CUMPLIMIENTO DE LOS COMPONENTES DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD EN EL CONTEXTO DE REDES DE SERVICIOS DE SALUD Y MODELO DE GESTIÓN EN SALUD, IMPACTANDO EN LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS A LA POBLACIÓN CUNDINAMARQUESA Y EN SU EQUILIBRIO FINANCIERO.	

VERIFICACION CUMPLIMIENTO REQUISITOS DE EJECUCION		
Garantías	SI: X	NO:
Aseguradora	SEGUROS DEL ESTADO.	
Número de la Garantía y fecha de Aprobación	21-44-101460330 DEL 26 de diciembre de /2024	
Discrimine amparos y porcentaje	GARANTIA DE CUMPLIMIENTO	10%
Fecha de cobertura a la ARL (cuando aplique)	N/A	

Para efectos legales, se firma en la ciudad de Bogotá el día veintiséis (26) del mes de diciembre del año 2024.

PAOLA ANDREA ECHEVERRI GÓMEZ
REPRESENTANTE LEGAL
E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE NEMOCÓN

DIEGO FABIAN BAUTISTA BELLO
SUPERVISOR DEL CONVENIO