| *INFORMACIÓN GENERAL* | |
|---|---|
| **OBJETO DEL CONTRATO:** Adquirir extractor de leche materna para la subred integrada de servicios de salud sur occidente E.S.E | |
| **1.CONTRATANTE:** B&A BIOMEDICOS ASOCIADOS LTDA | **2.CONTRATISTA:** HERNANDO JAVIER RODRIGUEZ ARIAS |
| **3.FECHA DEL CONTRATO** 10/06/2020 | **4.TIPO DE CONTRATO:** COMPRA DIRECTA |
| **5.PLAZO DE EJECUCION:** **2 MESES** | **6. VALOR DEL CONTRATO** **$10.115.000** |
| **7.FECHA DE INICIO DEL CONTRATO** **31/7/2020** | **8.FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO** **30/09/2020** |
| **EXISTE ANTICIPO- PAGO ANTICIPADO** No aplica | **10.VALOR DEL ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO** **No aplica** |
| **OBSERVACIONES:** | |

| VERIFICACION CUMPLIMIENTO REQUISITOS DE EJECUCION | | | |
|---|---|---|---|
| **REQUISITOS** | **SI** | **NO** | **N.A.** |
| Registro presupuestal | x | | |
| Aprobación de póliza | x | | |

Para efectos legales, se firma en la ciudad de el día ___VIERNES___(_31_) del mes de _JULIO__ del año __2020___.

**Supervisor:**

*Firma*

OMAR FABIAN GARCIA GOMEZ
CC 1.032.363.733

**Contratista:**

*Firma*

HERNANDO JAVIER RODRIGUEZ ARIAS
C.C 79.955.940

**Indicaciones de diligenciamiento del formato**

1. **Contratante: Nombre de la entidad o persona que contrata la prestación del servicio**
2. **Contratista: Nombre de la entidad o persona que cubre la prestación del servicio requerido**
3. **Fecha del contrato: Día, mes y año en que se realiza apertura del contrato.**
4. **Tipo de contrato: Modalidad de contrato según requerimiento**
5. **Plazo de ejecución: Fecha de término del contrato**
6. **Valor del contrato: Valor en Número del total del contrato.**
7. **Fecha de inicio del contrato: Día, mes y año en que inicia el contrato**
8. **Fecha de terminación del contrato: Día, mes y año de la terminación del contrato.**
9. **Valor del anticipo o pago anticipado: valor en números de los anticipos generados en la ejecución del contrato**