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

| | | |
|---|---|---|
| FECHA PRESENTE ACTA: 14/02/2025 | | |
| CONTRATO No: | 787 | |
| REGISTRO BPyP No.: | 2024 00415 0343 | |
| CONTRATANTE: | **GOBERNACIÓN DE BOYACÁ** | **NIT. C.C. 891-800-498-1** |
| CONTRATISTA: | **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD NUESTRA SEÑORA DE LA NATIVID** | **NIT. C.C. 826001918** |
| INTERVENTOR: | **CLARA SONIA GUERRERO BERNAL** | |

OBJETO: PRESTACIÓN
DE SERVICIOS PARA LA CONCURRENCIA DE LAS ACCIONES DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA EN APLICACIÓN AL PRINCIPIO DE COMPLEMENTARIEDAD N° 34

| | |
|---|---|
| VALOR: | $ 34.000.000,00 |
| PLAZO DE EJECUCIÓN: | A partir del acta de inicio hasta el 30 de diciembre de 2025 |
| FECHA DE TERMINACIÓN: | 30/12/2025 |

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 | |

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: CLARA SONIA GUERRERO BERNAL
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma:_____
Nombre: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD NUESTRA SEÑORA DE LA NATIVID
CONTRATISTA