ACTA DE INICIO DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 1029 DEL AÑO 2025 CELEBRADO ENTRE EL DEPARTAMENTO DEL META Y CORPORACION CASA DEL ALFARERO-RL ANGELA MARIA VARGAS

Número de proceso en SECOP:	GCSJ-RE-1029-2025.		
Contrato No. y Fecha:	1029 DEL 11 DE ABRIL DE 2025		
Fecha Acta de Inicio:	25 DE ABRIL DE 2025		
Contratista:	CORPORACION LA CASA DEL ALFARERO	**Nit.**	. 822.004.675-1
Representante Legal:	VARGAS ANGELA MARIA	**c.c. No.**	No. 66.854.010
Supervisor:	CARMEN LEONOR CUBILLOS ROJAS	**c.c. No.**	40.390.778
Objeto:			
"BRINDAR ATENCIÓN INTEGRAL A TREINTA (30) ADULTOS MAYORES EN CONDICIONES DE CALLE EN CENTROS VIDA PROCEDENTES DE DIFERENTES MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL META".			
Valor Total del Contrato: (Letras y Números)	DOS CIENTOS NOVENTA Y SIETE MILLONES SETECIENTOS SESENTA MIL SETECIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS M/CTE ($297.760.764,00)		
Término de Ejecución:	SEIS (6) MESES		
Fecha Inicio:	25 DE ABRIL DE 2025	**Fecha Finalización:**	24 DE OCTUBRE DE 2025

En la ciudad de Villavicencio, **CARMEN LEONOR CUBILLOS ROJAS**, Supervisora delegado mediante acto administrativo número 123 de fecha 23/04/2025_e identificado(a) con cédula de ciudadanía número **40.394.778**, y **CORPORACION CASA DEL ALFARERO identificado** con cédula de ciudadanía o Nit. número 822.004.675-1 Representado Legalmente por **ANGELA MARIA VARGAS** identificado con cédula de ciudadanía número **66.854.010** suscriben la presente Acta de Inicio, previa verificación de todos los documentos y requisitos legales, como Registro Presupuestal y aprobación de garantías.

Registro Presupuestal No. y Fecha de Expedición:	No. 4337 DEL 23 DE ABRIL DE 2025
Fecha Inicio de Cobertura ARL:	N/A

De conformidad con lo establecido en el contrato se decide fijar el día 25/04/2025, como fecha de Inicio del contrato citado.

En constancia firman:

Firma:		
Nombre:	**CORPORACION CASA DEL ALFARERO** **NIT:822.004.675-1** **R.L ANGELA MARIA VARGAS** CC66.854.010	**CARMEN LEONOR CUBILLOS ROJAS** CC. **40.394.778** Gerente de adulto Mayor y personas con Discapacidad
	Contratista	**Supervisor**

Firma:	
Nombre:	Lorena Campos Sánchez
Cargo:	Cto 0839 CPS
Acción:	**Proyectó**