



Gobernación de Amazonas
NIT: 899999336-5

**MANUAL DE SUPERVISIÓN E INTERVENTORÍA
FORMATO INICIACIÓN CONTRATO F-05**

Código: MSI-OAJ

Versión: 2016-1

Dependencia o Área: Secretaría de Salud

1. Secretaría: Salud

Dependencia o área: Seguridad Sanitaria y Ambiental

ACTA No.	FECHA ACTA			CONTRATO No.	FECHA CONTRATO		
	DÍA	MES	AÑO		DÍA	MES	AÑO
1	10	06	2025	1687	31	05	2025

OBJETO: ADQUISICIÓN DE INSUMOS Y ELEMENTOS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE PREVENCIÓN, CONTROL Y MITIGACIÓN DE ENFERMEDADES DE ORIGEN HÍDRICO, ASÍ COMO FORTALECER LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN OPORTUNA Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES ZONÓTICAS DEL DEPARTAMENTO, EN EL PROYECTO DE SEGURIDAD SANITARIA Y AMBIENTAL DE LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL AMAZONAS.

PLAZO	VALOR	FORMA DE PAGO
Cuarenta y cinco (45) DIAS	1.650.173.300	Se dará un anticipo del 30% y pagos parciales previa certificación establecida por el supervisor del contrato que se entregara una vez cumpla con los requisitos de perfeccionamiento y ejecución del contrato, suma que se girará a una cuenta en la institución financiera que acuerde el CONTRATISTA con el DEPARTAMENTO DEL AMAZONAS. EL DEPARTAMENTO cancelará el valor del contrato que se suscribe, según disponibilidad de Plan Anual de Caja, en moneda legal colombiana, dentro de los cinco (5) días hábiles, siguientes a la radicación en la Secretaria de Hacienda del Departamento la respectiva factura comercial, acompañada de la certificación sobre el recibo a satisfacción suscrita por el supervisor designado por la Entidad, quien previamente deberá verificar las características y calidad de los bienes suministrados, entrada y salida de almacén. NOTA: Las Formas de pago diferentes que presenten los oferentes no serán consideradas. La Gobernación del Departamento de Amazonas no se responsabilizará por la demora en el pago al contratista, cuando ella fuere provocada por encontrarse incompleta la documentación que sirva de soporte para el trámite de las facturas y no se ajuste a cualquiera de las condiciones establecidas en el presente contrato

FECHA DE INICIO			FECHA TERMINACIÓN DEL PLAZO			CONTRATISTA
DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	CMD SAS. RL: DOMÍNGUEZ URREA LUZ ADRIANA
10	06	2025	24	07	2025	

SUPERVISOR: SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL

En Leticia a los	DÍA	MES	AÑO	En la ciudad de Leticia, a los 10 días del mes de junio del año dos mil veinticinco (2025), se reunieron en las instalaciones de la Secretaria de Salud Departamental: El supervisor del contrato, Dr. EDGAR MAURICIO BARBOSA, identificado con cédula de Ciudadanía No. 15.876.632 y DOMÍNGUEZ URREA LUZ ADRIANA, identificada con la Cedula de Ciudadanía No. 51,899,973, en calidad de Representante Legal de y CMD S.A.S., identificado con Nit. 901290686-3, con el objeto de iniciar formalmente la ejecución del acto acordado.
	10	06	2025	

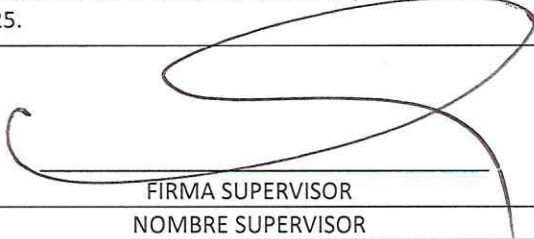
VALOR INICIAL CONTRATO	VALOR ANTICIPO	% ANTICIPO	SALDO
\$ 1.650.173.300	\$495.051.990	30%	\$ \$ 1.155.121.310, oo

ESTADO LEGAL - GARANTÍAS

COMPAÑÍA DE	RIESGO	PÓLIZA No.	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA
-------------	--------	------------	----------------	----------------

SEGUROS			DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO
ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA	Cumplimiento	360-47-994000047145	03	06	2025	20	11	2025
	Calidad del Bien		03	06	2025	20	11	2025
	Buen manejo y correcta inversión del anticipo		03	06	2025	20	11	2025

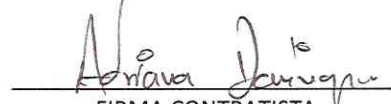
Para constancia de lo anterior, firman la presente acta los que en ella intervinieron a los diez (10) días del mes junio del Año 2025.



FIRMA SUPERVISOR

NOMBRE SUPERVISOR

EDGAR MAURICIO BARBOSA



FIRMA CONTRATISTA

NOMBRE CONTRATISTA

CMD S.A.S.
RL: DOMÍNGUEZ URREA LUZ ADRIANA

Original: Oficina Jurídica Departamental

Copia: Supervisor

Copia: Contabilidad