Gobernación de **Sucre**

**ACTA DE INICIO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CONTRATO N°** | CONV-SDSD-04-2025 | | |
| **OBJETO:** | TRANSFERENCIA DE RECURSOS DE SUBSIDIO A LA OFERTA CON EL FIN DE FINANCIAR LOS GASTOS DE OPERACIÓN DE LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO DE LOS MUNICIPIOS NO CERTIFICADOS DEL DEPARTAMENTO DE SUCRE, PARA EL MEJORAMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL MARCO DE LA RESOLUCIÓN 484 DEL 20 DE MARZO DEL 2024 EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL | | |
| **CONTRATANTE:** | DEPARTAMENTO DE SUCRE. | | |
| **CONTRATISTA:** | **HOSPITAL LOCAL SAN BENITO ABAD E.S.E** | | |
| **IDENTIFICACION:** | 823.002.356-1 | | |
| **VALOR DEL CONTRATO:** | **OCHOCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL SETENTA Y CUATRO PESOS MCTE ($857.446.074)** | | |
| **FECHA APROBACIÓN DEPARTAMENTO EN EL SECOP II:** | 08 DE JULIO DE 2025 | | |
| **PLAZO:** | EL PRESENTE CONVENIO INTERADMINISTRATIVO TENDRÁ UN PLAZO DE EJECUCIÓN HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2025, TÉRMINO CONTADO A PARTIR DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN DEL CONVENIO. | | |
| **CDP:** | 548 DEL 5 DE MAYO DE 2025 | | |
| **REGISTRO PRESUPUESTAL:** | **No.** | **FECHA DE EXPEDICIÓN** | |
| | 3598 | 10 DE JULIO DE 2025 | |
| **PÓLIZA:** | **APLICA SI / NO** | **No. PÓLIZA** | **FECHA DE APROBACIÓN** |
| | NO | N/A | N/A |
| **FECHA DE RECIBO DE PAGO DE ESTAMPILLAS DEPARTAMENTALES:** | N/A | | |
| **FECHA DE INICIO:** | 10 DE JULIO DE 2025 | | |
| **FECHA DE TERMINACIÓN:** | 31 DE DICIEMBRE DE 2025 | | |

En la ciudad de Sincelejo – Sucre, en las instalaciones de la Secretaría de Salud Departamental, se reunieron, **ELY YOHANA CALA RAMOS,** identificado (a) con cédula de ciudadanía No 1.104.410.129 profesional especializado Código 045, Grado 02, **SUBSECRETARIO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DE LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL,** en calidad de Supervisor del Convenio interadministrativo No **CONV-SDSD-04-2025** y **DULFAY ESTHER DE LEÓN CASTRO,** identificada con la Cédula de Ciudadania **N° 1.082.875.093**, actuando en nombre y representación legal del **HOSPITAL LOCAL SAN BENITO ABAD E.S.E**, identificado(a) con NIT 823.002.356-1, de acuerdo con el Decreto de Nombramiento No. 019 del 7 de febrero de 2024 y acta de posesión del 1° de abril de 2024, facultada para contratar según acuerdo N.° 008 de 23 de diciembre de 2024 y en calidad de contratista, para dar inicio a la ejecución, considerando que se encuentran revisados todos los requisitos establecidos en la cláusula vigésima del presente convenio interadministrativo.

Para constancia, se firma a los diez (10) días del mes de julio de 2025.

**ELY YOHANA CALA RAMOS**
SUPERVISOR

**DULFAY ESTHER DE LEÓN CASTRO**
**Representante legal**
**HOSPITAL LOCAL SAN BENITO ABAD E.S.E**
CONTRATISTA