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

FECHA PRESENTE ACTA: 21/07/2025			
CONTRATO No:	CO1.PCCNTR.8096723/2547		
REGISTRO BPyP No.:	2024 00415 0323-A2		
CONTRATANTE:	DEPARTAMENTO DE BOYACA	NIT. C.C.	891-800-498-1
CONTRATISTA:	DEISY MILENA ALARCON MACANA	NIT. C.C.	1.058.038.280
INTERVENTOR:	PIEDAD CONSUELO ANGARITA TORRES		

OBJETO: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL ACOMPAÑAMIENTO Y EVALUACION DE LAS VISITAS DE HABILITACION DIRIGIDAS A LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD DEL DEPARTAMENTO, CONFORME A LOS LINEAMIENTOS DEL COMPONENTE DE HABILITACION DEL SISITEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD No. 28.

VALOR:	VEINTICINCO MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL SETECIENTOS DIEZ PESOS M/CTE ($ 25.451.710.00)
PLAZO DE EJECUCIÓN:	CINCO (05) MESES Y DIEZ (10) DIAS
FECHA DE TERMINACIÓN:	30 DICIEMBRE DE 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**
Publicacion, 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**		**17/07/2025**

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: PIEDAD CONSUELO ANGARITA TORRES
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____
Nombre: DEISY MILENA ALARCON MACANA
CONTRATISTA