| | | |
|---|---|---|
| Gobernación de Boyacá | **FORMATO** | **VERSIÓN: 1** |
| | | **CÓDIGO: A-AD-GC-F-026** |
| **ACTA DE INICIACIÓN CONVENIO** | | **FECHA: 14/Jul/2025** |

| | | |
|---|---|---|
| FECHA PRESENTE ACTA: | 28 DE JULIO DE 2025 | |
| CONVENIO No: | 2616 DE 2025 | |
| REGISTRO RP No.: | 2024 00415 0323 A2 | |
| CONTRATANTE: | DEPARTAMENTO DE BOYACÁ | NIT. 891.800.498-1 |
| CONTRATISTA: | HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES ESE | NIT. 800152970-3 |
| SUPERVISOR: | CARLOS IVAN MESA LLANOS | |
| OBJETO: FINANCIAR LOS GASTOS DE LA OPERACIÓN DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PARA LA VIGENCIA 2025 CON RECURSOS DE SUBSIDIO A LA OFERTA ASIGNADOS AL DEPARTAMENTO DE BOYACA | | |

| | |
|---|---|
| | DOSCIENTOS SESENTA Y TRES MILLONES NOVECIENTOS OCHO MIL CIENTO SESENTA Y CINCO PESOS M/C ($263´908.165) |
| APORTE DEL DEPARTAMENTO: | DOSCIENTOS SESENTA Y TRES MILLONES NOVECIENTOS OCHO MIL CIENTO SESENTA Y CINCO PESOS M/C ($263´908.165) |
| APORTE DE LA ENTIDAD CON QUE SE SUSCRIBE CONVENIO: | CERO (0) |
| PLAZO DE EJECUCIÓN: | CUATRO (4) MESES |
| FECHA DE TERMINACIÓN: | 27 DE NOVIEMBRE 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 | |
| Publicación, si es el caso | X | | |
| Expedición de RP | X | | |
| Otros | | X | |

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 convenio como para su ejecución.

| | |
|---|---|
| Firma: _____ | Firma: _____ |
| Nombre: CARLOS IVAN MESA LLANOS | Nombre: HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES ESE/ RL CLARA ROCIO VERA VALLEJO |
| INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR | CONTRATISTA |