ACTA DE INICIO

___ CONTRATO DE: X ___ CONVENIO DE:	INTERADMISNITRATIVO	Nº:	972	AÑO:	2025

CONTRATANTE:	DEPARTAMENTO DEL HUILA – SECRETARIA DE SALUD				
CONTRATISTA O CONVINIENTE:	**NOMBRE O RAZON SOCIAL, (Unión temporal o Consorcio)**	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN SEBASTIAN DEL MUNICIPIO DE LA PLATA HUILA			
	NIT O CC:	813.002.872-4			
	DIRECCIÒN:	Cra 4 N.9-103	**TEL:**	8389027	
	CIUDAD:	LA PLATA HUILA			
	REPRESENTATANTE LEGAL y o cada uno de los integrantes	CARLOS ALBERTO FALLA RAMIREZ			
	CC:	12275738			
OBJETO:	PRESTAR LOS SERVICIOS EN LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC DE CONCURRENCIA EN EL MUNICIPIO DE LA PLATA DEL DEPARTAMENTO DEL HUILA.				
VALOR DE CONTRATO:	**206.061.772**				
	Valor en Letras: DOSCIENTOS SEIS MILLONES SESENTA Y UN MIL SETECIENTOS SETENTA Y DOS PESOS M/CTE				
APORTANTE O CONVINIENTE: **(Efectivo – Especie):**	**$**				
	Valor en Letras:				
	$				
	Valor en Letras:				
	$				
	Valor en Letras:				
PLAZO DE EJECUCIÒN:	CINCO (5) MESES CONTADOS A PARTIR DE LA SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO, SIN EXCEDER EL 30 DE DICIEMBRE DE 2025				
FECHA DE INICIO: **(dd/mm/aa)**	**17-07-2025**				
FECHA APROBACIÒN DE PÓLIZA: **(dd/mm/aa)**		**Nº Póliza:**			
		Aseguradora:			

Powered by CamScanner

APROBACIÒN DE PÓLIZA: (dd/mm/aa)|		Aseguradora:	
FECHA DE PAGO PUBLICACIÓN GACETA Y/O ESTAMPILLAS DEPTAL: (dd/mm/aa)	16-07-2025		

En la ciudad de Neiva, en el Despacho de la Secretaria de Salud de la Gobernación del Huila, se reunieron el Doctor CESAR GERMAN ROA TRUJILLO, en su calidad de Secretario de Salud Departamental; CARLOS ALBERTO FALLA RAMIREZ, representante legal de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN SABASTIAN, en su calidad de contratista y NORMA CRISTINA HINCAPIE DIAZ, en su calidad de supervisor del Contrato y/Convenio, con el fin de dar inicio a la ejecución del contrato Interadministrativo No. 972 de 2025.

CESAR GERMAN ROA TRUJILLO
Secretario de Salud Departamental

CARLOS ALBERTO FALLA RAMIREZ
Gerente ESE HOSP. MUNICIPAL SAN SEBASTIAN
LA PLATA

NORMA CRISTINA HINCAPIE DIAZ
Supervisor

Documento original firmado y controlado por calidad			
	Elaboró	**Revisó**	**Aprobó**
Firma			
Nombre			
Cargo			

Powered by CamScanner