ACTA DE INICIO

___ CONTRATO DE: X ___ CONVENIO DE:	INTERADMINISTRATIVO	Nº:	981	AÑO:	2025

CONTRATANTE:	**DEPARTAMENTO DEL HUILA – SECRETARIA DE SALUD**			
CONTRATISTA O CONVINIENTE:	**NOMBRE O RAZON SOCIAL, (Unión temporal o Consorcio)**	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SANTA ROSA DE LIMA DE PAICOL		
	NIT O CC:	813.011.027-5		
	DIRECCIÒN:	Cl 3 Cr 7 Esq	**TEL:**	3102194 619
	CIUDAD:	Paicol		
	REPRESENTATANTE LEGAL y o cada uno de los integrantes	EDNA VIVIANA GUEVARA MENDEZ		
	CC:	26.421.660		
OBJETO:	PRESTAR LOS SERVICIOS EN LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC DE CONCURRENCIA EN EL MUNICIPIO DE PAICOL DEL DEPARTAMENTO DEL HUILA			
VALOR DE CONTRATO:	**$ 70.353.924**			
	Valor en Letras: SETENTA MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS VEINTICUATRO 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)	**01-08-2025**			
FECHA		**Nº Póliza:**		

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

APROBACIÓN DE PÓLIZA: (dd/mm/aa)		**Aseguradora:**	
FECHA DE PAGO PUBLICACIÓN GACETA Y/O ESTAMPILLAS DEPTAL: (dd/mm/aa)	**N/A**		

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; EDNA VIVIANA GUEVARA MENDEZ, representante legal de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SANTA ROSA DE LIMA DE PAICOL, en su calidad de contratista y DIANA ALEXANDRA FACUNDO ORTEGA, en su calidad de supervisor del Contrato y/Convenio, con el fin de dar inicio a la ejecución del contrato Interadministrativo No. 981 de 2025.

CESAR GERMAN ROA TRUJILLO
Secretario de Salud Departamental

EDNA VIVIANA GUEVARA MENDEZ
Gerente ESE SANTA ROSA DE LIMA DE PAICOL

DIANA ALEXANDRA FACUNDO ORTEGA
Supervisor

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