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

| | | | |
|---|---|---|---|
| FECHA PRESENTE ACTA: 27 DE AGOSTO DE 2025 | | | |
| CONTRATO No: | 2935 del 2025 | | |
| REGISTRO BPyP No.: | 2024 00415 0367 | | |
| CONTRATANTE: | GOBERNACIÓN DE BOYACÁ | NIT. C.C. | 891.800.498-1 |
| CONTRATISTA: | HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA ESE | NIT. C.C. | 891800395-1 |
| INTERVENTOR: | MANUEL ALFONSO MEDINA CAMARGO | | |
| | | | |
| OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DE IDENTIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS A POBLACIÓN PRIORIZADA NRO 1 | | | |

| | |
|---|---|
| VALOR: | CIENTO VEINTI Y DOS MILLONES SEISCIENTOS DIEZ Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS MCTE $122.619.464,00 |
| PLAZO DE EJECUCIÓN: | A PARTIR DE LA SUSCRIPCION DE LA FIRMA DEL ACTA DE INICIO HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2025 |
| FECHA DE TERMINACIÓN: | 31 DE 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 | |

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: MANUEL ALFONSO MEDINA CAMARGO
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____
Nombre RL: ANA MARITZA DAVILA BARON
**HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA ESE**
CONTRATISTA