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

| | | | |
|---|---|---|---|
| FECHA PRESENTE ACTA: 15/10/2025 | | | |
| CONTRATO No: | 3465 | | |
| REGISTRO BPyP No.: | 2024 00415 0386 – A1 | | |
| CONTRATANTE: | GOBERNACIÓN DE BOYACÁ | NIT. C.C. | 891-800-498-1 |
| CONTRATISTA: | HOSPITAL JOSE CAYETANO VASQUEZ | NIT. C.C. | 891.800.570-2 |
| INTERVENTOR: | ANA MARCELA NIÑO DIAZ | | |
| | | | |
| OBJETO: PRESTACION DE SERVICIOS PARA EJECUTAR ACCIONES PARA FORTALECERLOS PROGRAMAS DE ENFERMEDADES DE TUBERCULOSIS Y LEPRA 02. | | | |

| | |
|---|---|
| VALOR: | $ 30.000.000,00 |
| PLAZO DE EJECUCIÓN: | A partir de la suscripción del acta de inicio hasta el 30 de diciembre de 2025. |
| FECHA DE TERMINACIÓN: | 30 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: ANA MARCELA NIÑO DIAZ

INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____

Nombre: HOSPITAL JOSE CAYETANO VASQUEZ

CONTRATISTA