ACTA DE INICIO

TIPO DE CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES				
No. CONTRATO:	100.14.05.580 DE 2025				
CONTRATANTE:	MUNICIPIO DE PALERMO				
CONTRATISTA:	**NOMBRE:**	**BCD S.A.S** R/L MARIA FERNANDA GUEVARA CADENA			
	N.I.T./C.C. No.:	NIT: 901181778-5 C.C. 51.804.644 DE BOGOTA D.C.			
	DIRECCIÒN:	CALLE 8 #48-40, BARRIO IPANEMA, NEIVA (H)			
	CORREO ELECTRONICO:	bcd.sas@gmail.com	**TEL**	3204972026	
	CIUDAD:	Neiva – Huila			
OBJETO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS A LA SECRETARIA DE SALUD PARA EL DESARROLLO DE LOS PROCESOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y ASEGURAMIENTO EN EL MUNICIPIO DE PALERMO Y A CARGO DE LAS EPS DE LOS REGÍMENES SUBSIDIADOS Y CONTRIBUTIVOS.				
VALOR:	DIECISEIS MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA MIL PESOS ($16.830.000) M/CTE				
FORMA DE PAGO:	El MUNICIPIO cancelará el valor del Contrato en mensualidades vencidas de **OCHO MILLONES CUATROCIENTOS QUINCE MIL PESOS ($8.415.000) M/CTE**, previa presentación de la certificación suscrita por el supervisor del Contrato, en la que conste el cumplimiento a satisfacción de las obligaciones a cargo de EL CONTRATISTA. Para efectos del primer pago, se debe acreditar por parte del CONTRATISTA la actualización de la hoja de vida del SIGEP aprobada por el supervisor del Contrato. Para efectos de los pagos, EL CONTRATISTA deberá acreditar el cumplimiento de sus obligaciones con el Sistema de Seguridad Social, de conformidad con los artículos 15 y 18 de la Ley 100 de 1993, la Ley 789 de 2002, las Leyes 797 y 828 de 2003 y la Ley 1753 de 2015, el Decreto 510 de 2003 y el Decreto 1273 de 2018, so pena de hacerse acreedor de las sanciones establecidas en las mismas. **PARÁGRAFO PRIMERO:** En todo caso, el pago final será efectuado una vez se apruebe y se suscriba la correspondiente acta de liquidación del contrato. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** De cualquier forma, los pagos a efectuar a favor del CONTRATISTA estarán sujetos al flujo de liquidez de las rentas del presupuesto de la presente vigencia.				
PLAZO DE EJECUCIÓN:	DOS (2) MESES, CONTADOS A PARTIR DE LA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO, SIN QUE EN TODO CASO EXCEDA DEL 31 DE DICIEMBRE DE 2025. EL CONTRATO MANTENDRÁ VIGENCIA POR EL PLAZO DE EJECUCIÓN Y CUATRO (4) MESES MÁS.				
FECHA SUSCRIPCION DEL CONTRATO	24 DE OCTUBRE DE 2025				
INTERVENTOR O SUPERVISOR:	MAIRA ALEJANDRA ARIAS DUSSAN				
FECHA DE LA PRESENTE ACTA	24 DE OCTUBRE DE 2025				
POLIZA	**APLICA**		**No póliza**		
	SI:	**NO:**	**Aseguradora**		
		X	**Fecha aprobación**		

ELABORADO POR:	**REVISADO POR:**	**APROBADO POR:**
FIRMA:	***FIRMA***:	***FIRMA***:
NOMBRE: NELSON JAVIER RIVERA CORDOBA	**NOMBRE**: MAIRA ALEJANDRA ARIAS DUSSAN	**NOMBRE**: MAIRA ALEJANDRA ARIAS DUSSAN
CARGO: ABOGADO CONTRATACION	***CARGO***: SECRETARIA DE SALUD LOCAL	***CARGO***: SECRETARIA DE SALUD LOCAL

En las oficinas de la Secretaría de Salud Local del Municipio de Palermo, se reunieron hoy 24 de octubre de 2025, **MAIRA ALEJANDRA ARIAS DUSSAN** quien actúa en calidad de supervisora, y **MARIA FERNANDA GUEVARA CADENA** quien actúa en calidad de representante legal de la entidad **BCD S.A.S**, con el fin de testimoniar el inicio para el contrato cuyo objeto es "**PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS A LA SECRETARIA DE SALUD PARA EL DESARROLLO DE LOS PROCESOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y ASEGURAMIENTO EN EL MUNICIPIO DE PALERMO Y A CARGO DE LAS EPS DE LOS REGÍMENES SUBSIDIADOS Y CONTRIBUTIVOS".**Que a la fecha en que se suscribe la presente acta, se han cumplido los requisitos de perfeccionamiento y legalización establecidos en el contrato, de modo que se encuentra debidamente legalizado para la suscripción de la presente acta.

(ORIGINAL FIRMADO)
MAIRA ALEJANDRA ARIAS DUSSAN
SECRETARIA DE SALUD LOCAL

(ORIGINAL FIRMADO)
R/L MARIA FERNANDA GUEVARA CADENA
BCD S.A.S
Contratista

ELABORADO POR:	**REVISADO POR:**	**APROBADO POR:**
FIRMA:	***FIRMA***:	***FIRMA***:
NOMBRE: NELSON JAVIER RIVERA CORDOBA	**NOMBRE**: MAIRA ALEJANDRA ARIAS DUSSAN	**NOMBRE**: MAIRA ALEJANDRA ARIAS DUSSAN
CARGO: ABOGADO CONTRATACION	***CARGO***: SECRETARIA DE SALUD LOCAL	***CARGO***: SECRETARIA DE SALUD LOCAL