GOBERNACIÓN DEL CESAR
ACTA DE INICIO

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO	
MODALIDAD DE CONTRATACIÓN	CONTRATACIÓN DIRECTA (CON OFERTAS)
TIPO DE CONTRATACIÓN	OTRO
JUSTIFICACIÓN DE CONTRATACIÓN	CONTRATOS O CONVENIOS INTERADMINISTRATIVOS (CON VALOR)
NO. DEL PROCESO DE SELECCIÓN	CDO-SSA-0019-2025
NÚMERO DEL CONTRATO/CONVENIO	2025030026
NÚMERO DEL CONTRATO **SECOP II**	CO1.PCCNTR.7815867
FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO	25 DE ABRIL DE 2025
OBJETO DEL CONTRATO CONCURRIR EN LA FINANCIACION DE LOS GASTOS DE OPERACIÓN DEL HOSPITAL REGIONAL SAN ANDRÉS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DE CHIRIGUANÁ - CESAR	
CONTRATISTA	E.S.E. HOSPITAL REGIONAL SAN ANDRÉS
IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA	892300175-4
REPRESENTANTE LEGAL	SERGIO ANDRES GIL CELIS
IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL	80760391
VALOR DEL CONTRATO	$ 633.232.526,00
VALOR APORTADO POR LA ENTIDAD	$ 633.232.526,00
VALOR APORTADO POR OTRAS ENTIDADES	$ 0,00
DESEMBOLSO (0%) VALOR DEL CONVENIO	$ 0,00
FORMA DE PAGO O DESEMBOLSOS EL DEPARTAMENTO DEL CESAR, REALIZARÁ UN PRIMER DESEMBOLSO CORRESPONDIENTE A 3 (TRES) DÍAS DEL MES DE ABRIL DE 2025, EQUIVALENTE A SIETE MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y Y TRES MIL DOSCIENTOS TREINTA PESOS ($7.583.230) M/L. OCHO (8) DESEMBOLSOS IGUALES MENSUALES POR VALOR DE SETENTA Y CINCO MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y UN MIL QUINIENTOS CUARENTA PESOS ($75.831.540) M/L, PREVIO CUMPLIMIENTO DE LAS METAS MENSUALES PACTADAS, DEBIDAMENTE CERTIFICADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONVENIO. Y UN NOVENO DESEMBOLSO POR VALOR DE DIECIOCHO MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS ($18.996.976) M/L, CORRESPONDIENTE AL 3% DEL TOTAL DEL CONVENIO, EN CUMPLIMIENTO A LO DESCRITO EN EL ARTÍCULO 8, NUMERAL 8.7 DE LA RESOLUCIÓN 484 DE 2024 “EL VALOR A GIRAR DE MANERA MENSUAL, PRECISANDO LOS REQUISITOS O CONDICIONES PARA LOS RESPECTIVOS DESEMBOLSOS. DEJANDO UN PORCENTAJE NO SUPERIOR AL 5% DEL VALOR DEL CONTRATO PARA SER CANCELADOS AL MOMENTO DE LA LIQUIDACIÓN DEL MISMO, UNA VEZ SE REALICE EL BALANCE FINANCIERO Y DE CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES. NOTA: DICHOS DESEMBOLSOS REQUERIRÁN ADEMÁS DE LA CERTIFICACIÓN DE RECIBO A SATISFACCIÓN POR PARTE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR DEL CONTRATO, PAZ Y SALVO DE LOS PAGOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL (AFP, EPS Y ARL) Y PARAFISCALES: SENA, ICBF Y CCF, CONFORME LOS REQUERIMIENTOS DE LEY.	
PLAZO	8 MESES Y 3 DÍAS
INTERVENTOR — IDENTIFICACIÓN INTERVENTOR	N/A
INTERVENTOR — NOMBRE DEL INTERVENTOR	N/A
INTERVENTOR — FECHA DE DESIGNACIÓN	N/A

SUPERVISORES DEL CONTRATO

IDENTIFICACIÓN	NOMBRE	FECHA DESIGNACIÓN
1065581129	AVELINA IGUARAN MOLINA	28 DE ABRIL DE 2025

2. DATOS FINANCIEROS

CERTIFICADO(S) DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL - CDP

N°	533	VALOR	$ 1.213.839.588,00	FECHA	21 DE MARZO DE 2025

REGISTRO(S) PRESUPUESTAL(ES) - RP

N°	3538	VALOR	$ 633.232.526,00	FECHA	25 DE ABRIL DE 2025
RUBRO(S) PRESUPUESTAL(ES) AFECTADO(S)	05 - 3.8.1.2.1 - 2.3.3.01.02.05 - 30 - TRANSFERENCIAS PARA EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO, 05 - 3.8.1.2.1 - 2.3.3.01.02.05 - 30-1 - TRANSFERENCIAS PARA EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO				

3. PAGOS DE IMPUESTOS REALIZADOS POR EL CONTRATISTA

IMPUESTO	VALOR BASE	TARIFA	VALOR	NÚMERO LIQUIDACIÓN	FECHA DE PAGO
NO SE REGISTRARON IMPUESTOS EN ESTE CONTRATO					

4. GARANTÍAS CONSTITUIDAS POR EL CONTRATISTA (SOLICITADAS EN EL CONTRATO)

ASEGURADORA	N° DE	AMPARO	VALOR	VIGENCIA

Formato No. 1089 | Sircc II V1.0 ® Todos los derechos reservados.

	POLIZA		ASEGURADO		
SURAMERICANA	4259807	CUMPLIMIENTO	$ 63.323.253,00	28/04/2025 AL 30/06/2026	2025030026
APROBACIÓN DE GARANTÍAS - RESOLUCIÓN Y FECHA			CO1.WRT.16989730 DEL 28 DE ABRIL DE 2025		

El día 28 de abril de 2025, se reunieron SERGIO ANDRES GIL CELIS, en su calidad de representante legal de E.S.E. HOSPITAL REGIONAL SAN ANDRÉS y AVELINA IGUARAN MOLINA en calidad de supervisor(es) con el fin de iniciar el contrato anteriormente citado y dejar constancia de los siguientes hechos.

1. Que el contratista aportó los documentos que acreditan que se encuentra a PAZ Y SALVO por concepto del pago de aportes a los sistemas de seguridad social en salud, pensiones, ARP y/o parafiscales, de él y de sus empleados, de conformidad con lo dispuesto en la normatividad vigente. (Los cuales se anexan a la presente acta).

2. Que como el plazo de ejecución del contrato es de **8 meses y 3 días** y la fecha de inicio es la arriba mencionada, queda como fecha de finalización el día **30 del mes de diciembre del año 2025**.

3. Que el Contratista se compromete a cumplir con sus obligaciones legales y contractuales.

5. CRONOGRAMA DE ENTREGAS

ITEM	FECHA	DESCRIPCIÓN	VALOR
1	30/04/2025	INFORME DE ACTIVIDAD CORRESPONDIENTE AL PERIODO DEL 28/04/2025 AL 30/04/2025	$ 7.583.230,00
2	30/05/2025	INFORME DE ACTIVIDAD CORRESPONDIENTE AL PERIODO MAYO DE 2025	$ 75.831.540,00
3	30/06/2025	INFORME DE ACTIVIDAD CORRESPONDIENTE AL PERIODO JUNIO DE 2025	$ 75.831.540,00
4	30/07/2025	INFORME DE ACTIVIDAD CORRESPONDIENTE AL PERIODO JULIO DE 2025	$ 75.831.540,00
5	30/08/2025	INFORME DE ACTIVIDAD CORRESPONDIENTE AL PERIODO AGOSTO DE 2025	$ 75.831.540,00
6	30/09/2025	INFORME DE ACTIVIDAD CORRESPONDIENTE AL PERIODO SEPTIEMBRE DE 2025	$ 75.831.540,00
7	30/10/2025	INFORME DE ACTIVIDAD CORRESPONDIENTE AL PERIODO OCTUBRE DE 2025	$ 75.831.540,00
8	30/11/2025	INFORME DE ACTIVIDAD CORRESPONDIENTE AL PERIODO NOVIEMBRE DE 2025	$ 75.831.540,00
9	29/12/2025	INFORME DE ACTIVIDAD CORRESPONDIENTE AL PERIODO DEL 01/12/2025 AL 29/12/2025	$ 75.831.540,00
10	30/12/2025	INFORME DE ACTIVIDAD CORRESPONDIENTE AL PERIODO DEL 30/12/2025 AL 30/12/2025	$ 18.996.976,00
		TOTAL	**$ 633.232.526,00**

Para constancia de lo anterior, se firma el presente documento bajo la responsabilidad expresa de los que intervienen en ella.

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE EN SIRCC II #FE052825037	**FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE EN SIRCC II #FE052825030**
SERGIO ANDRES GIL CELIS Rep. Legal de E.S.E. HOSPITAL REGIONAL SAN ANDRÉS **CONTRATISTA**	AVELINA IGUARAN MOLINA **SUPERVISOR** **PROFESIONAL ESPECIALIZADO**

Formato No. 1089 | Sircc II V1.0 ® Todos los derechos reservados. Impreso por AVELINA IGUARAN MOLINA el día: 28 de abril de 2025