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

| | | |
|---|---|---|
| FECHA PRESENTE ACTA: | 08/01/2026 | |
| CONTRATO No: | 3731 | |
| REGISTRO BPyP No.: | 202500000032686 | |
| CONTRATANTE: | GOBERNACIÓN DE BOYACÁ | NIT. C.C. 891-800-498-1 |
| CONTRATISTA: | HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO | NIT. C.C. 891.800.395-1 |
| INTERVENTOR: | CLARA SONIA GUERRERO BERNAL | |
| | | |
| OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA CONCURRENCIA DE LAS ACCIONES DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA EN APLICACIÓN AL PRINCIPIO DE COMPLEMENTARIEDAD N° 43 | | |

| | |
|---|---|
| VALOR: | $58.000.000.00 |
| PLAZO DE EJECUCIÓN: | A partir del acta de inicio hasta el 30 de diciembre de 2026 |
| FECHA DE TERMINACIÓN: | 30/12/2026 |

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 | |
| Publicación, si es el caso | X | | |
| Expedición de RP | X | | |
| Otros | | | X |

| CERTIFICACION | SI | N.A. | FECHA DE INICIO DE COBERTURA |
|---|---|---|---|
| Afiliación 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 afiliación 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: CLARA SONIA GUERRERO BERNAL
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____
Nombre: HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CONTRATISTA