MUNICIPIO DE CAMPOALEGRE	DEPENDENCIA	SECRETARIA DE PLANEACION, INFRAESTRUCTURA Y ASUNTOS SOCIALES – DIRECCION LOCAL DE SALUD	FICE 005			
			Hoja **1** de 2			
			FECHA	DIA	MES	AÑO
				22	09	08

ACTA No. 001

INICIO DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES

PRESTACIÓN DE SERVICIOS [X] **OTROS** [ ] _____

CONTRATO No. **MCCDCPS092- 2026** **DE** **30 DE ENERO DE 2026**

(Número de Contrato) (Fecha de suscripción)

LICITACIÓN PÚBLICA [ ] _____

(Identifique la licitación pública)

CONTRATACIÓN DIRECTA [X] _____

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS DE APOYO A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD EN LA GESTIÓN A REALIZAR EN LOS PROCESOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y ASEGURAMIENTO EN EL MUNICIPIO DE CAMPOALEGRE EN LOS REGÍMENES SUBSIDIADO Y CONTRIBUTIVO.

LOCALIZACIÓN DEL PROYECTO **CAMPOALEGRE**

(Indique en este espacio el sitio de ejecución del proyecto)

PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO **ONCE (11) MESES**

(Indique en este espacio el número de días y/o meses para ejecutar el contrato)

VIGENCIA DEL CONTRATO **ONCE (11) MESES Y CUATRO (4) MESES MÁS**

FECHA DE INICIACIÓN CONTRATO **31 DE ENERO DE 2026**

FECHA DE TERMINACIÓN DEL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO **30 DE DICIEMBRE DE 2026**

VALOR DEL CONTRATO **CIENTO DIECINUEVE MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL PESOS M/CTE ($119´999.000). IVA incluido.**

(Indique el valor del contrato en números

GARANTÍAS: N/A

AMPARO	No. PÓLIZA	VIGENCIA	COMPAÑÌA ASEGURADORA
N/A	N/A	N/A	N/A

CONTRATISTA **BCD S.A.S.**
(Escriba el nombre o razón social del contratista)

INTERVENTOR **XXXXXXXXXXXXXXXXX**
(Escriba el nombre o razón social del Interventor)

SUPERVISOR **ANA MARIA ARIAS SILVA –** Directora local de Salud.
(Escriba el nombre del funcionario designado para ser el Supervisor del contrato)

En Campoalegre a los TREINTA Y UN (31) días del mes de ENERO de 2026, se reunieron**, YICELA ALVIRA PARRA,** representante legal de **BCD S.A.S.** como contratista y **ANA MARIA ARIAS SILVA,** como Directora local de Salud **-** Supervisor del contrato, con el fin de iniciar el Contrato anteriormente citado. Se verificó el personal y el equipo con que cuenta el contratista para el ejercicio de sus funciones, de acuerdo con la propuesta presentada, así:

PERSONAL PROFESIONAL

CARGO	ESPECIALIDAD	NOMBRES Y APELLIDOS	No. TARJETA PROF.
N/A	N/A	N/A	N/A

PERSONAL OPERATIVO

CARGO	NOMBRES Y APELLIDOS
N/A	N/A

EQUIPO

TIPO	REFERENCIA	CANTIDAD	ESTADO
N/A	N/A	N/A	N/A

En consecuencia, se procede a la iniciación del contrato DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES, el cual debe concluir el día TREINTA (30) del mes de DICIEMBRE de 2026.

Para constancia de lo anterior, firman la presente acta los que en ella intervinieron en Campoalegre – Huila a los TREINTA Y UN (31) días del mes de ENERO de 2026.

(Firma)

YICELA ALVIRA PARRA
R/L BCD S.A.S.
Contratista

(Firma)

ANA MARIA ARIAS SILVA
Directora local de Salud
Supervisor