GOBERNACION DE ANTIOQUIA REPUBLICA DE COLOMBIA	ACTA DE INICIO	Código: FO-M7-P6-001 Versión: 01 Fecha de aprobación: 01 de febrero del 2021

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO / CONVENIO

CONTRATO / **CONVENIO**	X / ☐	NÚMERO:	**4600019024**
		FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	29/01/2026
IDENTIFICACIÓN DEL PROCESO EN SECOP:			**17028**
OBJETO: Prestación de Servicios de Salud ambulatorios y hospitalarios de mediana complejidad según el portafolio de servicios debidamente habilitados, dirigidos a la población no afiliada al SGSSS del Departamento de Antioquia y a la población migrante sin afiliación al SGSSS que se encuentre en el territorio antioqueño. ESE **Hospital San Rafael.**			
ORGANISMO CONTRATANTE / ASOCIADA:			DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA – SECRETARIA DE SALUD E INCLUSIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA
CONTRATISTA / ASOCIADO		**NOMBRE:**	ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE ITAGÜÍ
		NIT	890.980.066-9
VALOR [$]:			**CIENTO SESENTA Y SEIS MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL CIENTO NOVENTA Y NUEVE PESOS M/L ($166.456.199)** Por tratarse de servicios de salud están excluidos de IVA (Artículo 476 del Decreto 624 del Estatuto Tributario - modificado por el artículo 48 de la Ley 488 de 1998 y Ley 1607 de 2012).
PLAZO:			Diez meses (10) contados a partir de la firma del acta de inicio, sin superar el 30 de noviembre de 2026.
REGISTRO PRESUPUESTAL DE COMPROMISO Y/O VIGENCIA FUTURA		**RPC/ VIGENCIA FUTURA NUMERO:**	4500066634
		FECHA DE LIBERACIÓN (IMPRESIÓN):	29/01/2026
FECHA DE APROBACIÓN DE GARANTÍA:			N/A
ACREDITACIÓN DE QUE EL CONTRATISTA / ASOCIADO SE ENCUENTRA AL DÍA EN EL PAGO DE APORTES RELATIVOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL Y PARAFISCALES			SI
SUPERVISOR(ES)/ INTERVENTOR		NOMBRE/RAZÓN SOCIAL IDENTIFICACIÓN (CC o NIT	**ELIZABETH GÓMEZ GÓMEZ** **CC No. 1.038.411.282**
		CONTRATO INTERVENTOR No.:	N/A

2. VERIFICACIÓN REQUISITOS

Previo a la suscripción de la presente acta se ha verificado el cumplimiento de los documentos y requerimientos necesarios para el inicio del contrato/convenio: (Cronograma de Supervisión; aceptación del contrato por parte del contratista; constancia de paz y salvo con seguridad social y parafiscales).

3. PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO/CONVENIO

De conformidad con el plazo establecido en el Contrato/Convenio No. **4600019024,** se fijan:

3.1. Fecha de inicio: 02/02/2026

3.2. Fecha de terminación: 30/11/2026

Para constancia, se firma la presente acta por quienes en ella intervinieron,

NOMBRE:
ELIZABETH GÓMEZ GÓMEZ
SUPERVISOR CONTRATO

NOMBRE:
LUIS FERNANDO ARROYAVE SOTO
Gerente - **Ese Hospital San Rafael de Itagüi**
CONTRATISTA/ASOCIADO

Se anexa: Certificado de Pago de Aportes Parafiscales y de Seguridad Social Integral.