| E.S.E Hospital Vicente de Paul Santa Rosa de Cabal | ACTA DE INICIO | Código: | FOR-0046-018 |
|---|---|---|---|
| | | Versión: | 04 |

En el Municipio de Santa Rosa de Cabal, el día **DIECISEIS (16)** del mes de **JULIO** del año **DOS MIL VEINTISEIS (2026)**, se reunieron en la **OFICINA DE SUBGERENCIA ASISTENCIAL las** siguientes personas:

| NOMBRE COMPLETO | (*) OBRANDO EN CALIDAD DE |
|---|---|
| JUAN SEBASTIAN RESTREPO SALGADO | Supervisora del Contrato |
| LAURA CATALINA MENDOZA | Apoyo a la supervisión |
| TERESA ROMERO HENAO | Representante legal |
| Supervisor; Apoyo a la supervisión; Representante legal | |

Con el propósito de dar inicio al contrato que a continuación se relaciona:

| DATOS DEL CONTRATO | |
|---|---|
| **CONTRATO** | PRESTACION DE SERVICIOS |
| **NÚMERO CONTRATO** | 259-2026 |
| **CONTRATISTA** | FUNDACIÓN LA LIGA AMA SALVAR VIDAS |
| **NRO. DE IDENTIFICACIÓN** | 891408586 - 1 |
| **FECHA DE SUSCRIPCION** | JULIO 16 de 2026 |
| **OBJETO** | EL CONTRATISTA se obliga con E.S.E HOSPITAL a prestar los servicios de procesamiento y lectura de citología vaginal para área de consulta externa. |
| **VALOR** | TRECE MILLONES OCHOCIENTOS MILPESOS MCTE ($13.800.000). |
| **TERMINO DE EJECUCION** | El plazo de ejecución será de CINCO (05) MESES, QUINCE (15) DÍAS contados a partir de la suscripción del acta de inicio, lo cual deberá ocurrir al cumplimiento de los requisitos de ejecución, sin exceder del TREINTA Y UNO (31) DE DICIEMBRE DE 2026, en razón al principio de anualidad presupuestal. |
| **FORMA DE PAGO** | La **E.S.E HOSPITAL** pagará a **EL CONTRATISTA** el valor del contrato mediante **ACTAS PARCIALES** y **ACTA FINAL** cada una por el valor equivalente que resulte de multiplicar el número de muestras procesadas y leídas en el respectivo mes por la tarifa unitaria acordada por las partes. |
| **NÚMERO DE CDP Y FECHA** | 284 de JULIO 16 DE 2026 |
| **NÚMERO DE RP Y FECHA** | de JULIO 16 DE 2026 |
| **GARANTIA SOLICITADAS** | **Cumplimiento, Calidad de servicio, Responsabilidad Civil Profesional.** |
| **NÚMERO GARANTIAS** | 580 - 47 - 994000098669 |
| **ENTIDAD QUE LAS EXPIDE** | ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA |

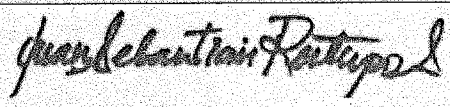
| FECHA DE APROBACION | 16/07/2026 |
|---|---|

Verificados los anteriores datos, se fija como fecha de inicio y de terminación (en condiciones normales de ejecución), las que a continuación se relacionan:

| | |
|---|---|
| FECHA DE INICIO | 16 DE JULIO DE 2026 |
| FECHA DE TERMINACION | 31 DE DICIEMBRE DE 2026 |

| OBSERVACIONES |
|---|
| Ninguno. |

Para constancia se firma por las personas que en ella intervinieron.

| | SUPERVISOR | CONTRATISTA |
|---|---|---|
| FIRMA |  |  |
| NOMBRE COMPLETO | JUAN SEBASTIAN RESTREPO SALGADO | TERESA ROMERO HENAO<br>Representante legal |

| | APOYO A LA SUPERVISIÓN | APOYO A LA SUPERVISIÓN |
|---|---|---|
| FIRMA |  | |
| NOMBRE COMPLETO | LAURA CATALINA MENDOZA | |