Gobernación de Boyacá	FORMATO	VERSIÓN: 1
		CÓDIGO: A-AD-GC-F-026
ACTA DE INICIACIÓN CONVENIO		FECHA: 14/Jul/2025

FECHA PRESENTE ACTA:	10 DE AGOSTO DE 2026		
CONVENIO No:	CO1.PCCNTR.9738434/2555		
REGISTRO BPyP No.:	202500000036898 – A2.		
CONTRATANTE:	DEPARTAMENTO DE BOYACÁ	NIT.	891.800.498-1
CONTRATISTA:	E.S.E CENTRO DE SALUD SAN ANTONIO DE PADUA GACHANTIVÁ	NIT.	8200036387
SUPERVISOR:	YENNY ALEJANDRA LEON BARRAGAN		
OBJETO: GC 3- FINANCIAR LOS GASTOS DE LA OPERACIÓN DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA E.S.E. CENTRO DE SALUD SAN ANTONIO DE PADUADE GACHANTIVA PARA LA VIGENCIA 2026 CON RECURSOS DE SUBSIDIO A LA OFERTA ASIGNADOS AL DEPARTAMENTO DE BOYACA			

VALOR:	DOSCIENTOS CUATRO MILLONES NOVECIENTOS SETENTA MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y UNO PESOS ($204970451) M/CTE.
APORTE DEL DEPARTAMENTO:	DOSCIENTOS CUATRO MILLONES NOVECIENTOS SETENTA MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y UNO PESOS ($204970451) M/CTE.
APORTE DE LA ENTIDAD CON QUE SE SUSCRIBE CONVENIO:	CERO (0)
PLAZO DE EJECUCIÓN:	A partir de la suscripción del acta de inicio del convenio hasta el 30 de Diciembre de 2026.
FECHA DE TERMINACIÓN:	30 DE DICIEMBRE DE 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	
Publicacion, si es el caso	X		
Expedición de RP	X		
Otros		X	

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 convenio como para su ejecución.

Firma: _____

Nombre: YENNY ALEJANDRA LEON BARRAGAN
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____

Nombre: JOSE ANDRES RAMIREZ SUAREZ R/L E.S.E CENTRO DE SALUD SAN ANTONIO DE PADUA GACHANTIVÁ
CONTRATISTA