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

En el Municipio de Santa Rosa de Cabal, el **DIEZ (10)** del mes de **AGOSTO** de **DOS MIL VEINTISEIS (2026)**, se reunieron en la **OFICINA ADMINISTRATIVA FINANCIERA** las siguientes personas:

NOMBRE COMPLETO	(*) OBRANDO EN CALIDAD DE
DORA BEATRIZ MEJÍA SERNA	Supervisora del Contrato
JUAN SEBASTIÁN TABARES PINEDA	Apoyo a la supervisión
JHON JABER HENAO ROJO	Representante legal
Supervisor; Apoyo a la supervisión; Contratista	

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

DATOS DEL CONTRATO	
CONTRATO	SUMINISTRO
NÚMERO CONTRATO	Nro. 271 - 2026
CONTRATISTA	JHON JABER HENAO ROJO
NRO. DE IDENTIFICACIÓN	9839358-6
FECHA DE SUSCRIPCION	10 DE AGOSTO DE 2026
OBJETO	El CONTRATISTA se obliga con la E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl de Santa Rosa de Cabal a suministrar los repuestos necesarios para el mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos biomédicos de propiedad de la Entidad, buscando garantizar el buen estado y funcionamiento de los equipos; así como alargar la vida útil de los mismos.
VALOR	VEINTICUATRO MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y DOS MIL PESOS ($24.562.000).
TERMINO DE EJECUCION	El término de ejecución se contará a partir de la suscripción del acta de inicio del contrato, lo cual deberá ocurrir al cumplimiento de los requisitos necesarios para la ejecución y hasta el 31 DE DICIEMBRE DE 2026, en razón al principio de anualidad presupuestal.
FORMA DE PAGO	La **ESE HOSPITAL** cancelará el valor del contrato que se suscriba con ocasión de este proceso mediante **ACTA PARCIALES,** por valor equivalente que resulte de sumar la cantidad de bienes entregados multiplicada por el valor unitario pactado.
NÚMERO DE CDP Y FECHA	305 – JULIO 30 de 2026
NÚMERO DE RP Y FECHA	667 de AGOSTO 10 de 2026

GARANTIA SOLICITADAS NÚMERO GARANTIAS ENTIDAD QUE LAS EXPIDE FECHA DE APROBACION	Para el presente caso, teniendo en cuenta la naturaleza del contrato, la cuantía del mismo y la forma de pago pactada no se considera necesario que **EL CONTRATISTA** garantice el cumplimiento del contrato a favor de la **E.S.E HOSPITAL** a través de una póliza o una garantía bancaria, en consideración a que cualquier incumplimiento o deficiencia en la calidad del servicio puede ser exigida antes de realizar el pago pactado que se consideró mediante **ACTAS PARCIALES** y **ACTA FINAL** previo recibo a satisfacción por parte del Supervisor

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	10 DE AGOSTO DE 2026
FECHA DE TERMINACION	31 DE DICIEMBRE DE 2026

OBSERVACIONES
Ninguno.

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

	SUPERVISOR
FIRMA	BmS
NOMBRE COMPLETO	DORA BEATRIZ MEJÍA SERNA

	APOYO A LA SUPERVISIÓN	CONTRATISTA
FIRMA		
NOMBRE COMPLETO	JUAN SEBASTIÁN TABARES PINEDA	JHON JABER HENAO ROJO