| | | |
|---|---|---|
| HOSPITAL REGIONAL de MONIQUIRÁ E.S.E. *Crecemos para cuidar tu Salud!* | **FORMATO** | **VERSIÓN: 1** |
| | | **FECHA: 08/06/2016** |

**ACTA DE INICIO DE CONTRATO**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| FECHA PRESENTE ACTA: 10 DE AGOSTO DE 2026 | | | | |
| CONTRATO No: | CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS 2026-430 | | | |
| N° DE CDP: | 764 | Fecha del CDP: | 09 DE JULIO DE 2026 | |
| CONTRATANTE: | HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S.E | | NIT. C.C. | 891800395-1 |
| CONTRATISTA: | REM EQUIPOS INGENIERIA BIOMEDICA S.A.S. | | NIT. C.C. | 900805675-1 |
| SUPERVISOR: | ARMANDO TIBADUIZA VARGAS | | | |
| OBJETO: SUMINISTRO DE REACTIVOS, INSUMOS Y MATERIAL REQUERIDO PARA LA OPERACIÓN DEL ÁREA DE MICROBIOLOGÍA DEL LABORATORIO CLÍNICO DEL HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRÁ E.S.E. | | | | |
| VALOR: | $ 80.000.000,00 | | | |
| PLAZO DE EJECUCIÓN: | HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2026 | | | |
| FECHA DE TERMINACIÓN: | HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2026 | | | |

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 contrato como para su ejecución.

Firma: _____
Nombre: ARMANDO TIBADUIZA VARGAS
SUPERVISOR

Firma: _____
Nombre: **REM EQUIPOS INGENIERIA BIOMEDICA S.A.S.**
R/P ALBA PUREZA RUIZ TORRES