ACTA DE INICIO CONTRATO ELECTRÓNICO CPS-115-2026 ID del contrato en SECOP CO1.PCCNTR.9835899	
CONTRATANTE:	MUNICIPIO DE ASTREA
NIT:	892301541-1
CONTRATISTA:	SHIRLEY MARCELA ARQUEZ MAESTRE
IDENTIFICACIÓN:	C.C. 1.068.347.966
VALOR:	OCHO MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M/L ($8.433.333)
TIEMPO	TRES (03) MESES Y VEINTE (20) DIAS

En el municipio de Astrea, a los veinte (20) día del mes de agosto del 2026, se reunieron, **SHIRLEY MARCELA ARQUEZ MAESTRE,** identificada con cedula de ciudadanía No. 1.068.347.966, actuando como **CONTRATISTA** y **MARÍA TERESA CORREA MARTÍNEZ,** actuando en nombre del **MUNICIPIO DE ASTREA**, en su calidad de secretaria local de salud del Municipio de Astrea, con la finalidad de suscribir la presente acta, para dar INICIO a la ejecución del Contrato electrónico de Prestación de Servicio **CPS-115-2026** con ID del contrato en SECOP **CO1.PCCNTR.9835899,** cuyo Objeto es **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AGENTE EDUCATIVO PARA EL DESARROLLO DE ACCIONES DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE EVENTOS QUE INTERESEN A LA SALUD PÚBLICA Y DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI) EN BÚSQUEDA DE SUSCEPTIBLES EN LA SECRETARIA LOCAL DE SALUD EN EL MUNICIPIO DE ASTREA DEPARTAMENTO DEL CESAR".**

Y dejar constancia de los siguientes hechos:

- Que el contratista autoriza el descuento para el pago de los impuestos requeridos para la legalización del contrato.
- Que el contratista se compromete a cumplir con todas las cláusulas del Contrato, especificaciones técnicas y recomendaciones que le asigne **LA SECRETARIA LOCAL DE SALUD.**
- Que el contratista se compromete a cumplir con sus obligaciones legales y contractuales.

Para constancia de lo anterior, firman el presente documento bajo la responsabilidad expresa de los que intervienen en ella.

MARÍA TERESA CORREA MARTÍNEZ
SUPERVISOR

SHIRLEY MARCELA ARQUEZ MAESTRE
CONTRATISTA

Proyectó:	MARÍA TERESA CORREA MARTÍNEZ **Cargo:** secretaria local de salud.	
Revisó:	MARÍA TERESA CORREA MARTÍNEZ **Cargo:** secretaria local de salud	
Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el documento, cuyo contenido se encuentra ajustado a las disposiciones legales vigentes, bajo nuestra responsabilidad lo presentamos para firma.		