Gobernación de Sucre

ACTA DE INICIO

CONVENIO No.	CONV-SDSD-13-2026		
OBJETO:	TRANSFERENCIA DE RECURSOS DE SUBSIDIO A LA OFERTA CON EL FIN DE FINANCIAR LOS GASTOS DE OPERACIÓN DE LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO DE LOS MUNICIPIOS NO CERTIFICADOS DEL DPTO DE SUCRE, PARA EL MEJORAMIENTO DE LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL MARCO DE LA RESOLUCION 484 DEL 20 MARZO DE 2024 EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL.		
PARTE INTERVINIENTE:	DEPARTAMENTO DE SUCRE		
IDENTIFICACION:	NIT: 892.280.021-1		
PARTE INTERVINIENTE:	HOSPITAL LOCAL SAN BENITO ABAD E.S.E.		
IDENTIFICACION:	NIT: 823.002.356-1		
VALOR DEL CONVENIO:	MIL NOVENTA Y NUEVE MILLONES NOVECIENTOS VEINTITRES MIL DOSCIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS CON DIECINUEVE CENTAVOS MCTE ($ 1.099.923.269,19)		
FECHA APROBACIÓN DEPARTAMENTO EN EL SECOP II:	01 DE SEPTIEMBRE DE 2026		
PLAZO:	EL PRESENTE CONVENIO INTERADMINISTRATIVO TENDRA UN PLAZO DE EJECUCION HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2026, TERMINO CONTADO A PARTIR DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCION DEL CONVENIO.		
CDP:	910 DEL 21 DE AGOSTO DE 2026		
REGISTRO PRESUPUESTAL:	**No.**	**FECHA DE EXPEDICIÓN**	
	5622	01 DE SEPTIEMBRE DE 2026	
POLIZA:	**APLICA SI / NO**	**No. Póliza**	**FECHA DE APROBACIÓN**
	NO	N/A	N/A
FECHA DE RECIBO DE PAGO DE ESTAMPILLAS DEPARTAMENTALES:	N/A		
FECHA DE INICIO:	01 DE SEPTIEMBRE DE 2026		
FECHA DE TERMINACION:	31 DE DICIEMBRE DE 2026		

En la ciudad de Sincelejo – Departamento de Sucre, en las instalaciones de la SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL ubicada en transversal 31 # 32 – 09 barrio Boston de Sincelejo, se reunieron, **ELY YOHANA CALA RAMOS**, identificado (a) con cedula de ciudadania No 1.104.410.129, **SUBSECRETARIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DE LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL,** en calidad de Supervisor del Convenio Interadministrativo No. CONV-SDSD-13-2026, y **DULFAY ESTHER DE LEON CASTRO**, identificada con la Cedula de Ciudadanía N° 1.082.875.093, actuando en calidad de gerente y por ende representante legal del **HOSPITAL LOCAL SAN BENITO ABAD E.S.E,** identificado(a) con NIT No. 823.002.356-1, de acuerdo con el Decreto de Nombramiento No 019 Del 07 de febrero de 2024 y acta de posesión del 01 de abril de 2024, facultada para contratar según acuerdo N° 004 de 23 de diciembre de 2025 y en calidad de parte interviniente, para dar inicio a la ejecución considerando que se encuentran revisados todos los requisitos establecidos en la clausula vigésima del presente convenio interadministrativo.

Para constancia se firma a los cuatro (04) días del mes de septiembre de 2026.

ELY YOHANA CALA RAMOS
Subsecretaria Administrativa Y Financiera
SUPERVISOR

DULFAY ESTHER DE LEON CASTRO
Representante legal
HOSPITAL LOCAL SAN BENITO ABAD E.S.E
PARTE INTERVINIENTE

Powered by CamScanner