ACTA DE INICIO

__X_ CONTRATO DE: ___ CONVENIO DE:	INTERADMINISTRATIVO	Nº:	1237	AÑO:	2026

CONTRATANTE:	**DEPARTAMENTO DEL HUILA – SECRETARIA DE SALUD**			
CONTRATISTA O CONVINIENTE:	**NOMBRE O RAZON SOCIAL, (Unión temporal o Consorcio)**	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO DE TARQUI		
	NIT O CC:	891.180.232		
	DIRECCIÒN:	Calle 1A No. 6-68	**TEL:**	3112814933
	CIUDAD:	TARQUI		
	REPRESENTATANTE LEGAL y o cada uno de los integrantes	OSCAR FERNANDO GOMEZ CHAVARRO		
	CC:	1.081.513.666		
OBJETO:	PRESTAR LOS SERVICIOS EN LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC DE CONCURRENCIA EN EL MUNICIPIO DE TARQUI DEL DEPARTAMENTO DEL HUILA			
VALOR DE CONTRATO:	115.486.000 **Valor en Letras: CIENTO QUINCE MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL PESOS** M/CTE			
APORTANTE O CONVINIENTE: (Efectivo – Especie):	**$** **Valor en Letras:** **$** **Valor en Letras:** **$** **Valor en Letras:**			
PLAZO DE EJECUCIÒN:	SEIS (6) MESES CONTADOS A PARTIR DE LA SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO, SIN EXCEDER EL 30 DE DICIEMBRE DE 2026			
FECHA DE INICIO: (dd/mm/aa)	**27-08-2026**			
FECHA APROBACIÒN DE PÓLIZA: (dd/mm/aa)|	**NO APLICA**	**Nº Póliza:**		
		Aseguradora:		

FECHA DE PAGO PUBLICACIÓN GACETA Y/O ESTAMPILLAS DEPTAL: (dd/mm/aa)	

En la ciudad de Neiva, en el Despacho de la Secretaria de Salud del Departamento del Huila, se reunieron el Doctor CESAR GERMAN ROA TRUJILLO, en su calidad de Secretario de Salud Departamental; OSCAR FERNANDO GOMEZ CHAVARRO, representante legal de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO DE TARQUI, en su calidad de contratista y CLAUDIA IVONNE GAITAN CANASTO, en su calidad de supervisor del Contrato, con el fin de dar inicio a la ejecución del contrato Interadministrativo No. 1237 de 2026.

CESAR GERMAN ROA TRUJILLO
Secretario de Salud Departamental

OSCAR FERNANDO GOMEZ CHAVARRO
Gerente ESE Hospital San Antonio
TARQUI HUILA

CLAUDIA IVONNE GAITAN CANASTO
Supervisora

Documento original firmado y controlado por calidad			
	Elaboró	**Revisó**	**Aprobó**
Firma			
Nombre			
Cargo			