| | ACTA DE INICIO | Código: | FOR-0046-018 |
|---|---|---|---|
| | | Versión: | 04 |

En el Municipio de Santa Rosa de Cabal, el día **DIECISIETE (17)** del mes de **SEPTIEMBRE** del año **DOS MIL VEINTISÉIS (2026)**, se reunieron en la **OFICINA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA** las siguientes personas:

| NOMBRE COMPLETO | (*) OBRANDO EN CALIDAD DE |
|---|---|
| DORA BEATRIZ MEJÍA SERNA | Supervisora del Contrato |
| YULI ALEJANDRA ROJAS RAMÍREZ | Apoyo a la supervisión |
| MELVER DE JESÚS MONSALVE GAVIRIA | Contratista |
| Supervisor; Apoyo a la Supervisor; Contratista | |

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

| DATOS DEL CONTRATO | |
|---|---|
| **CONTRATO** | Prestación de Servicios |
| **NÚMERO CONTRATO** | 283-2026 |
| **CONTRATISTA** | MELVER MONSALVE CONSULTORES SAS |
| **NRO. DE IDENTIFICACIÓN** | 901517196-3 |
| **FECHA DE SUSCRIPCION** | SEPTIEMBRE 07 DE 2026 |
| **OBJETO** | Suministrar vestido y calzado de labor y (dotación) con destino a los servidores públicos de la Entidad; así como de elementos de protección personal para los empleados de la institución |
| **VALOR** | VEINTISEIS MILLONES CIENTO OCHENTA Y NUEVE MIL SEICIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS M/CTE ($26.189.699) |
| **TERMINO DE EJECUCION** | El plazo de ejecución será de DOS (02) MESES, que se contarán a partir de la suscripción del acta de inicio del contrato, lo cual deberá ocurrir al cumplimiento de los requisitos necesarios para la ejecución. |
| **FORMA DE PAGO** | La **ESE HOSPITAL** cancelará el valor del contrato mediante **ACTAS PARCIALES Y UN (1) ACTA FINAL** cada una por el valor que resulte de multiplicar la cantidad de bienes suministrados durante el periodo facturado por el valor unitario ofertado: Los pagos se efectuarán mes vencido dentro de los treinta (30) días siguientes al mes del suministro. |
| **NÚMERO DE CDP Y FECHA** | 313 DE AGOSTO 06 DE 2026 |
| **NÚMERO DE RP Y FECHA** | 716 DE SEPTIEMBRE 08 DE 2026 |
| **GARANTIA SOLICITADAS** | **Cumplimiento, Calidad del bien y correcto funcionamiento**<br>**55-46-101036281**<br>**SEGUROS DEL ESTADO** |
| **NÚMERO GARANTIAS** | |
| **ENTIDAD QUE LAS EXPIDE** | |

| | |
|---|---|
| | |
| **FECHA DE APROBACION** | 17-SEPTIEMBRE-2026 |

Verificados los anteriores datos, se fija como fecha de inicio y de terminación (en condiciones normales de ejecución), las que a continuación se relacionan:

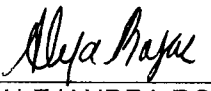
| | |
|---|---|
| **FECHA DE INICIO** | SEPTIEMBRE 17 DE 2026 |
| **FECHA DE TERMINACION** | NOVIEMBRE 07 DE 2026 |

| **OBSERVACIONES** |
|---|
| Ninguno. |

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

| | **SUPERVISOR** |
|---|---|
| **FIRMA** |  |
| **NOMBRE COMPLETO** | DORA BEATRIZ MEJÍA SERNA |

| **CONTRATISTA** |
|---|
| MELVER DE JESUS MONSALVE GAVIRIA<br>Firmado digitalmente por MELVER DE JESUS MONSALVE GAVIRIA<br>Fecha: 2026.10.01 08:26:09 -05'00' |
| MELVER DE JESÚS MONSALVE GAVIRIA |

| | **APOYO A LA SUPERVISION** |
|---|---|
| **FIRMA** |  |
| **NOMBRE COMPLETO** | YULI ALEJANDRA ROJAS RAMÍREZ |