E.S.E Hospital San Vicente de Paul Santa Rosa de Cabal	ACTA DE INICIO	Código:	FOR-0046-018
		Versión:	04

En el Municipio de Santa Rosa de Cabal, el día **UNO (01)** del mes de **OCTUBRE** del año **DOS MIL VEINTISEIS (2026)**, se reunieron en la **OFICINA DE SUBGERENCIA ASISTENCIAL** las siguientes personas:

NOMBRE COMPLETO	(*) OBRANDO EN CALIDAD DE
JUAN SEBASTIAN RESTREPO SALGADO	Supervisor del Contrato
DIEGO FERNANDO AGUIRRE	Apoyo a la supervisión
LUIS FERNANDO HENAO POSADA	Contratista
Supervisor; Apoyo a la supervisión; Representante legal	

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

DATOS DEL CONTRATO	
CONTRATO	SUMINISTRO
NÚMERO CONTRATO	Nro. 293 - 2026
CONTRATISTA	ODENTO S.A.S
NRO. DE IDENTIFICACIÓN	901035436-7
FECHA DE SUSCRIPCION	01 DE OCTUBRE DE 2026
OBJETO	**EL CONTRATISTA** se obliga con la Entidad a suministrar los dispositivos, insumos y materiales odontológicos necesarios para la realización de diferentes procedimientos en el servicio de odontología de la **E.S.E. HOSPITAL.**
VALOR	TREINTA Y CINCO MILLONES DE PESOS ($35.000.000)
TERMINO DE EJECUCION	El plazo de ejecución se cuenta a partir de la suscripción del acta de inicio, lo cual deberá ocurrir al cumplimiento de los requisitos de ejecución, sin exceder el 31 de diciembre de 2026.
FORMA DE PAGO	La **E.S.E HOSPITAL** cancelará el valor del contrato mediante **ACTAS PARCIALES** y **ACTA FINAL** cada una por valor equivalente al que resulte de multiplicar la cantidad de bienes suministrados en el respectivo mes objeto de facturación por el precio unitario pactado
NÚMERO DE CDP Y FECHA	352 de SEPTIEMBRE 25 DE 2026
GARANTIA SOLICITADAS	**Cumplimiento, Calidad de los bienes.**
NÚMERO GARANTIAS	4593323
ENTIDAD QUE LAS EXPIDE	SURA
FECHA DE APROBACION	02/10/2026

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	09 DE OCTUBRE DE 2026
FECHA DE TERMINACION	31 DE DICIEMBRE DE 2026

OBSERVACIONES
Ninguno.

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

	SUPERVISOR	**CONTRATISTA**
FIRMA		
NOMBRE COMPLETO	JUAN SEBASTIAN RESTREPO SALGADO	LUIS FERNANDO POSADA HENAO

	APOYO A LA SUPERVISIÓN
FIRMA	
NOMBRE COMPLETO	DIEGO FERNANDO AGUIRRE