ACTA No. 001

INICIO DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES

PRESTACIÓN DE SERVICIOS [X] **OTROS** [ ] _____

CONTRATO No. **MCCDCPS225-2026** **DE** **06 DE NOVIEMBRE DE 2026**

(Número de Contrato) (Fecha de suscripción)

LICITACIÓN PÚBLICA [ ] _____

(Identifique la licitación pública)

CONTRATACIÓN DIRECTA [X] _____

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE ASESORÍA, ACOMPAÑAMIENTO ADMINISTRATIVO, FINANCIERO Y TÉCNICO EN EL PROCESO DE SEGUIMIENTO DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD (PTS) Y EL COMPONENTE OPERATIVO ANUAL DE INVERSIONES (COAI) Y PLAN DE ACCIÓN EN SALUD (PAS) A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD, EN EL MUNICIPIO DE CAMPOALEGRE – HUILA.

LOCALIZACIÓN DEL PROYECTO **CAMPOALEGRE**

(Indique en este espacio el sitio de ejecución del proyecto)

PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO **CINCUENTA Y DOS (52) DÍAS**

(Indique en este espacio el número de días y/o meses para ejecutar el contrato)

VIGENCIADEL CONTRATO **CINCUENTA Y DOS (52) DÍAS Y CUATRO (4) MESES MÁS**

FECHA DE INICIACIÓN CONTRATO **09 DE NOVIEMBRE DE 2026**

FECHA DE TERMINACIÓN DEL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO **30 DE DICIEMBRE DE 2026**

VALOR DEL CONTRATO **TRECE MILLONES NOVENTA MIL PESOS M/CTE ($13´090.000).**

(Indique el valor del contrato en números

GARANTÍAS: N/A

AMPARO	No. PÓLIZA	VIGENCIA	COMPAÑÌA ASEGURADORA
N/A	N/A	N/A	N/A

CONTRATISTA **MAYERLY PATRICIA FIERRO MURCIA**
(Escriba el nombre o razón social del contratista)

INTERVENTOR **XXXXXXXXXXXXXXXXX**
(Escriba el nombre o razón social del Interventor)

SUPERVISOR **ANA MARIA ARIAS SILVA –** Directora local de Salud**.**
(Escriba el nombre del funcionario designado para ser el Supervisor del contrato)

En Campoalegre a los NUEVE (09) días del mes de NOVIEMBRE de 2026, se reunieron**, MAYERLY PATRICIA FIERRO MURCIA,** como Contratista y **ANA MARIA ARIAS SILVA,** como Directora local de Salud **-** Supervisor del contrato, con el fin de iniciar el Contrato anteriormente citado. Se verificó el personal y el equipo con que cuenta el contratista para el ejercicio de sus funciones, de acuerdo con la propuesta presentada, así:

PERSONAL PROFESIONAL

CARGO	ESPECIALIDAD	NOMBRES Y APELLIDOS	No. TARJETA PROF.
N/A	N/A	N/A	N/A

PERSONAL OPERATIVO

CARGO	NOMBRES Y APELLIDOS
N/A	N/A

EQUIPO

TIPO	REFERENCIA	CANTIDAD	ESTADO
N/A	N/A	N/A	N/A

En consecuencia, se procede a la iniciación del contrato DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES, el cual debe concluir el día TREINTA (30) del mes de DICIEMBRE de 2026.

Para constancia de lo anterior, firman la presente acta los que en ella intervinieron en Campoalegre – Huila a los NUEVE (09) días del mes de NOVIEMBRE de 2026.

(Firma)

MAYERLY PATRICIA FIERRO MURCIA
Contratista

(Firma)

ANA MARIA ARIAS SILVA
Directora local de Salud
Supervisora