

	FORMATO		VERSIÓN: 1																					
			CÓDIGO: A-AD-GC-F-025																					
ACTA DE INICIACIÓN CONTRATO			FECHA: 23/Ago/2024																					
FECHA PRESENTE ACTA: 10/03/2025																								
CONTRATO No:	1503 - 2025																							
REGISTRO BPyP No.:	N.A																							
CONTRATANTE:	DEPARTAMENTO DE BOYACA	NIT. C.C.	891.800.498-1																					
CONTRATISTA:	ALMACEN AUTO REPUESTOS S.A.S.	NIT. C.C.	891.802.123-2																					
	R/L MARIA AMPARO DE LAS MERCEDES OCHOA SALAMANCA	NIT. C.C.	40.017.815																					
INTERVENTOR:	CÉSAR AUGUSTO ACOSTA SIERRA																							
OBJETO: CONTRATAR EL SERVICIO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO CON SUMINISTRO DE REPUESTOS NUEVOS Y ORIGINALES PARA EL PARQUE AUTOMOTOR DEL DEPARTAMENTO DE BOYACÁ																								
VALOR:	CIENTO VEINTE MILLONES DE PESOS (\$120.000.000,00) M/CTE																							
PLAZO DE EJECUCIÓN:	DOS (2) MESES																							
FECHA DE TERMINACIÓN:	9/05/2025																							
Marque con una X el requisito que aplique para la legalización y ejecución del contrato:																								
<table><tr><th>REQUISITOS</th><th>SI</th><th>NO</th><th>N.A.</th></tr><tr><td>Garantías y su aprobación</td><td>X</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Publicación, si es el caso</td><td>X</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Expedición de RP</td><td>X</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Otros</td><td></td><td></td><td>X</td></tr></table>					REQUISITOS	SI	NO	N.A.	Garantías y su aprobación	X			Publicación, si es el caso	X			Expedición de RP	X			Otros			X
REQUISITOS	SI	NO	N.A.																					
Garantías y su aprobación	X																							
Publicación, si es el caso	X																							
Expedición de RP	X																							
Otros			X																					
<table><tr><th>CERTIFICACION</th><th>SI</th><th>N.A</th><th>FECHA DE INICIO DE COBERTURA</th></tr><tr><td>Afiliación a Riesgos Laborales</td><td></td><td>X</td><td></td></tr></table>					CERTIFICACION	SI	N.A	FECHA DE INICIO DE COBERTURA	Afiliación a Riesgos Laborales		X													
CERTIFICACION	SI	N.A	FECHA DE INICIO DE COBERTURA																					
Afiliación a Riesgos Laborales		X																						
Nota: La fecha de la presente acta debe ser igual o superior a la fecha de inicio de cobertura de la afiliación a Riesgos Laborales																								
Cuáles:																								
En constancia se firma por los que en ésta intervinieron, dejando constancia que se han reunido todos y cada uno de los requisitos necesarios tanto para la legalización del contrato como para su ejecución.																								
																								
Firma: _____		Firma: _____																						
Nombre: CÉSAR AUGUSTO ACOSTA SIERRA		Nombre: ALMACEN AUTO REPUESTOS S.A.S. R/L MARIA AMPARO DE LAS MERCEDES OCHOA SALAMANCA																						
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR		CONTRATISTA																						