GOBERNACION DE ANTIOQUIA REPUBLICA DE COLOMBIA	ACTA DE TERMINACIÓN	Código: FO-M7-P6-009 Versión: 01 Fecha de aprobación: 01/02/2021

INFORMACION GENERAL E HISTORIAL DEL CONTRATO/CONVENIO

CONTRATO	☐	NÚMERO:		4600011049	
CONVENIO	☐	FECHA DE SUSCRIPCION:		05/10/2020	
FECHA DE INICIO DEL CONTRATO/CONVENIO:				19/10/2020	
IDENTIFICACION DEL PROCESO EN SECOP:				111088	
OBJETO: OBJETO: "Adquirir hisopos para la determinación de contaminantes de origen orgánico en alimentos, aguas y materias primas".					
ORGANISMO CONTRATANTE / ASOCIADO:				DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA - SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	
CONTRATISTA / ASOCIADO		NOMBRE:		HYGIENE SOLUCIONES S.A.S.	
		NIT		901.155.076-3	
VALOR [$]:		INICIAL:		CUARENTA MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS PESOS $40.555.200 IVA incluido.	
		ADICIONES *Inserte una fila por cada una de las sucesivas adiciones que registre el contrato, indicando en cada una de ellas el valor (en números), tal y como aparece en esas adiciones, señalando "IVA incluido" (si lo tiene).*	**No.**	**VALOR ADICIONADO**	**% DE ADICION**
			No.	"N/A"	aplica "N/A"
		VALOR TOTAL:		N/A	
VALOR Y PORCENTAJE DE ANTICIPO:				N/A	
PLAZO:		INICIAL		Tres (3) meses contados a partir de la firma del acta de inicio sin que supere el 14 de diciembre de 2020.	
		PRORROGAS *Inserte una fila por cada una de las sucesivas prórrogas que registre el contrato indicando el inicio de cada una y el vencimiento (en caso de que aplique).*	**No.**	**TIEMPO PRORROGADO**	**NUEVA FECHA DE TERMINACIÓN**
			1	16 dias	30/12/2020
HISTORICO DE SUSPENSIONES: *Inserte una fila por cada una de las suspensiones que registre el contrato indicando el inicio de cada una y el vencimiento (en caso de que aplique).*			**No.**	**FECHA INICIO SUSPENSIÓN**	**FECHA REANUDACIÓN**
			No.	N/A	N/A
NUEVA FECHA DE TERMINACION					N/A

SUPERVISOR(ES)/ INTERVENTOR	NOMBRE(S)/ RAZON SOCIAL:	Ivan D Zea C
	NUMERO CONTRATO INTERVENTOR:	N/A

% DE EJECUCION FISICA	100
% DE EJECUCION DE RECURSOS	100

INFORME DE SEGUIMIENTO ADJUNTO	1	30/12/2020

NOTA: La presente acta siempre deberá acompañarse del "Informe de seguimiento de la supervisión a la contratación estatal" actualizado.

[redacted] INFORMACIÓN GARANTÍA UNICA

GARANTIA	**No.**	M–100124236
	No.ANEXO:	0
	FECHA EXPEDICION:	08/10/2020
	ASEGURADORA:	*Compañía Mundial de Seguros*
PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL	**No.**	(Incluya el número de la Garantía)
	No.ANEXO:	(Incluya el número del Anexo)
	FECHA EXPEDICION:	dd/mm/aaaa
	ASEGURADORA:	*(incluya el nombre de la compañía aseguradora)*

AMPAROS	**VENCIMIENTO**		
	DIA	**MES**	**AÑO**
Buen manejo y correcta inversión del anticipo			
Devolución Pago anticipado			
Cumplimiento	14	6	2021
Calidad del servicio	14	6	2021
Pago de salarios, prestaciones sociales, legales e indemnizaciones laborales			
Estabilidad y calidad de la obra			
Calidad y correcto funcionamiento de los bienes y equipos suministrados	14	6	2021
Responsabilidad civil extracontractual			

[redacted] CONSIDERANDO

1.Que de acuerdo a al cumplimiento del objeto del contrato, dar por terminada la ejecución del Contrato/Convenio No.4600011049 el 5/10/2020.

2.Que el estado de las actividades del contrato/convenio se describen en el Informe de seguimiento de la supervisión a la contratación estatal adjunto.

3.Que el supervisor/interventor manifiesta su aceptación sobre los motivos o elemento que llevan a la firma de la presente acta de terminación.

De acuerdo con lo anterior, las partes:

[redacted] ACUERDAN

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA REPÚBLICA DE COLOMBIA	**ACTA DE TERMINACIÓN**	Código: FO-M7-P6-009 Versión: 01 Fecha de aprobación: 01/02/2021

Dar por terminado el (contrato-convenio) No. 4600011049 y en consecuencia proceder a su liquidación con fundamento en el inciso primero del artículo 60 de la Ley 80 de 1993 y el artículo 11 de la Ley 1150 de 2007.

El contratista se compromete a mantener vigentes las garantías de conformidad con lo estipulado en el contrato.

El Supervisor/Interventor del contrato/convenio remitirá copia de la presente acta de terminación al garante.

Con el fin de dejar constancia de la terminación por cumplimiento del objeto contractual, se firma la presente acta bajo la responsabilidad expresa de los que intervienen en ella, de conformidad con las obligaciones o funciones desempeñadas por cada uno de los mimos de acuerdo con el manual de Supervisión e Interventoría.

Para constancia firman,

NOMBRE
Supervisor/Interventor
Dependencia

NOMBRE
Contratista Hygiene Soluciones S.A.S