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:	**4600013864**	
CONVENIO	**x**	FECHA DE SUSCRIPCION:	08/08/2022	
FECHA DE INICIO DEL CONTRATO/CONVENIO:			23/08/2022	
IDENTIFICACION DEL PROCESO EN SECOP:			13655	
OBJETO: Financiar los gastos de operación de LA ESE E.S.E. HOSPITAL TOBIAS PUERTA DE URAMITA destinados a la prestación de servicios de salud, de acuerdo con lo establecido en numeral 52.2 del artículo 52 de la Ley 715 de 2001, modificado por el artículo 235 de la Ley 1955 de 2019.				
ORGANISMO CONTRATANTE / ASOCIADO:			DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA - SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL DE ANTIOQUIA	
CONTRATISTA / ASOCIADO		NOMBRE:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL TOBIAS PUERTA	
		NIT	800.065.395-5	
VALOR [$]:		INICIAL:	**DOSCIENTOS DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL NOVECIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS M/L ($202.460.968), IVA Excluido**	
		ADICIONES	**No.**	**VALOR ADICIONADO** / **% DE ADICION**
			No.	N/A / N/A
		VALOR TOTAL:	**DOSCIENTOS DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL NOVECIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS M/L ($202.460.968), IVA Excluido**	
VALOR Y PORCENTAJE DE ANTICIPO:				
PLAZO:		INICIAL	La duración del presente convenio será de cinco (5) meses contados a partir de la firma del acta de inicio, sin superar el 31 de diciembre de 2022.	
		PRORROGAS	**No.**	**TIEMPO PRORROGADO** / **NUEVA FECHA DE TERMINACIÓN**
			No.	N/A / N/A
HISTORICO DE SUSPENSIONES:			**No.**	**FECHA INICIO SUSPENSIÓN** / **FECHA REANUDACIÓN**
			No.	N/A / N/A
NUEVA FECHA DE TERMINACION				N/A

SUPERVISOR(ES)/ INTERVENTOR	NOMBRE(S)/ RAZON SOCIAL:	LUZ STELLA FRANCO GAVIRIA
	NUMERO CONTRATO INTERVENTOR:	N/A

% DE EJECUCION FISICA	100%
% DE EJECUCION DE RECURSOS	100%

INFORME DE SEGUIMIENTO ADJUNTO	No.5	Fecha 12/12/2022

INFORMACIÓN GARANTÍA UNICA

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

GARANTIA	**No.**	N/A
	No.ANEXO:	N/A
	FECHA EXPEDICION:	N/A
	ASEGURADORA:	N/A
PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL	**No.**	N/A
	No.ANEXO:	N/A
	FECHA EXPEDICION:	N/A
	ASEGURADORA:	N/A

AMPAROS	**VENCIMIENTO**		
	DIA	**MES**	**AÑO**
Buen manejo y correcta inversión del anticipo			
Devolución Pago anticipado			
Cumplimiento			
Calidad del servicio			
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			
Responsabilidad civil extracontractual			

CONSIDERANDO

1. _____ Que de acuerdo al vencimiento del plazo dar por terminada la ejecución del Convenio No. 4600013864 el 31/12/2022
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 manifiesta su aceptación sobre los motivos o elementos que llevan a la firma de la presente acta de terminación.

De acuerdo con lo anterior, las partes:

ACUERDAN

Dar por terminado el convenio No. 4600013864 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.

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

Con el fin de dejar constancia de la terminación por vencimiento del plazo 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 mismos de acuerdo con el manual de Supervisión e Interventoría.

Para constancia firman,

LUZ STELLA FRANCO GAVIRIA

NOMBRE
Supervisor/Interventor
Secretaria Seccional y Protección Social
De Antioquia
Dirección de Aseguramiento – Prestación
De Servicios de Salud

SARA MILENA VILLA DAVID

NOMBRE
Contratista/Asociado
E.S.E. Hospital Tobías Puerta
Municipio Uramita