GOBERNACION DE ANTIOQUIA REPÚBLICA 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:		**4600015494**
CONVENIO	x	FECHA DE SUSCRIPCION:		10/05/2023
FECHA DE INICIO DEL CONTRATO/CONVENIO:				17/05/2023
IDENTIFICACION DEL PROCESO EN SECOP:				14831
OBJETO: Concurrir en la financiación de los gastos de operación de la Empresa Social del Estado E.S.E. Hospital Guillermo Gaviria Correa del municipio de Caicedo, destinados a la prestación de servicios y tecnologías en salud, en los términos establecidos en el numeral 52.2 del artículo 52 de la Ley 715 de 2001 y sus decretos reglamentarios.				
ORGANISMO CONTRATANTE / ASOCIADO:				Departamento De Antioquia - Secretaría Seccional De Salud y Protección Social de Antioquia.
CONTRATISTA / ASOCIADO		NOMBRE:		E.S.E. HOSPITAL GUILLERMO GAVIRIA CORREA DE CAICEDO
		NIT		890.902.151-4
VALOR [$]:		INICIAL:		**DOSCIENTOS OCHO MILLONES OCHENTA MIL NOVECIENTOS VEINTIUN PESOS M/L ($208.080.921),** por tratarse de servicios de salud están excluidos de IVA (Artículo 476 del Decreto 624 de 1989 Estatuto Tributario - modificado por el artículo 48 de la Ley 488 de 1998 y Ley 1607 de 2012.
		ADICIONES	**No.**	VALOR ADICIONADO / % DE ADICION
			1.	Diez millones doscientos treinta y cinco mil treinta y nueve pesos ml **$10.235.039** / 4.92%
		VALOR TOTAL:		**DOSCIENTOS DIEZ Y OCHO MILLONES TRESCIENTOS QUINCE MIL NOVECIENTOS SESENTA PESOS ($218.315.960) IVA excluido.**, por tratarse de servicios de salud están excluidos de IVA (Artículo 476 del Decreto 624 de 1989 Estatuto Tributario - modificado por el artículo 48 de la Ley 488 de 1998 y Ley 1607 de 2012.
VALOR Y PORCENTAJE DE ANTICIPO:				
PLAZO:		INICIAL		La duración del presente convenio será de ocho (8) meses y veinte (20) días contados a partir de la firma del acta de inicio, sin superar el 20 de diciembre de 2023.
		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	N/A

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

	INTERVENTOR:	

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

INFORME DE SEGUIMIENTO ADJUNTO	No.8	Fecha 13/12/2022

INFORMACIÓN GARANTÍA UNICA

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. 4600015494 el 20/12/2023.
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. 4600015494 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.

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

YULIANA MARCELA RODRIGUEZ H.

NOMBRE
Contratista/Asociado
E.S.E. Hospital Guillermo Gaviria Correa
Municipio Caicedo