| GOBERNACION DE ANTIOQUIA<br>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** | **X** | NÚMERO: | **4600015361** | |
| **CONVENIO** | ☐ | FECHA DE SUSCRIPCION: | 23/03/2023 | |
| **FECHA DE INICIO DEL CONTRATO/CONVENIO:** | | | 25/03/2023 | |
| **IDENTIFICACION DEL PROCESO EN SECOP:** | | | **14725** | |
| **OBJETO:** Prestación de Servicios de Salud ambulatorios y hospitalarios de mediana y alta complejidad según el portafolio de servicios debidamente habilitados, dirigidos a la población no afiliada al SGSSS del Departamento de Antioquia y a la población migrante sin afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud que se encuentre en el territorio antioqueño. ESE Hospital San Rafael de Itagüí. | | | | |
| **ORGANISMO CONTRATANTE / ASOCIADO:** | | | DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA - SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA | |
| **CONTRATISTA / ASOCIADO** | | NOMBRE: | **ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE ITAGÜÍ** | |
| | | NIT | **890.980.066 - 9** | |
| **VALOR** [$]: | | INICIAL: | **TRESCIENTOS OCHENTA MILLONES DE PESOS M/L ($380.000.000) IVA EXCLUIDO.** | |
| | | ADICIONES | **No.** | **VALOR ADICIONADO** / **% DE ADICION** |
| | | | | N/A / N/A |
| | | VALOR TOTAL: | **TRESCIENTOS OCHENTA MILLONES DE PESOS M/L ($380.000.000) IVA EXCLUIDO.** | |
| **VALOR Y PORCENTAJE DE ANTICIPO:** | | | N/A | |
| **PLAZO:** | | INICIAL | La duración del presente contrato será de Nueve (9) meses y siete (7) días, contados a partir de la firma del acta de inicio, sin superar el 31 de Diciembre de 2023. | |
| | | PRORROGAS | **No.** | **TIEMPO PRORROGADO** / **NUEVA FECHA DE TERMINACIÓN** |
| | | | | N/A / N/A |
| **HISTORICO DE SUSPENSIONES:** | | | **No.** | **FECHA INICIO SUSPENSIÓN** / **FECHA REANUDACIÓN** |
| | | | No. | N/A / N/A |
| **NUEVA FECHA DE TERMINACION** | | | | 31/12/2023 |

| | | |
|---|---|---|
| **SUPERVISOR(ES)/ INTERVENTOR** | NOMBRE(S)/ RAZON SOCIAL: | CARLOS ARTURO CANO RÍOS C.C. 70.545.153 |
| | NUMERO CONTRATO INTERVENTOR: | N/A |

| | |
|---|---|
| **% DE EJECUCION FISICA** | 100 % |
| **% DE EJECUCION DE RECURSOS** | 67.71 % |

| | | |
|---|---|---|
| **INFORME DE SEGUIMIENTO ADJUNTO** | 10-2023 | 08/01/2024 |

**Nota:** El porcentaje de Ejecución de Recursos incorpora la Facturación de prestación de servicios de salud del mes de diciembre de 2023 radicada en la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia a 28/12/2023, y auditada por el Supervisor del Contrato a 29/12/2023.

Con la radicación de la facturación de servicios de salud restante del mes de diciembre de 2023, durante los primeros 15 días del mes de enero de 2024, y una vez surtido el proceso de auditoría, dicho porcentaje (67.71%), puede variar.

## 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 Contrato No. 4600015361 el 31/12/2023.

2. Que el estado de las actividades del contrato/convenio se describen en el Informe de Seguimiento de la Supervisión a la Contratación Estatal No. 10 - 2023 de 08/01/2024 adjunto.

3. Que el supervisor/interventor 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 Contrato No. 4600015361 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, 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,

**CARLOS ARTURO CANO RÍOS**
Supervisor/Interventor
Dirección de Aseguramiento y Prestación de Servicios de Salud - SSSYPSA

**DIEGO LEÓN MUÑOZ ZAPATA**
ESE Hospital San Rafael de Itagüí