## 1. INFORMACION GENERAL

| | |
|---|---|
| **NUMERO DE INFORME:** | Pago único |
| **FECHA:** | 29 de diciembre de 2023 |
| **CONTRATO Nº** | 000295 DE 2023 |
| **OBJETO:** | REALIZAR LOS EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES DE INGRESO, CONTROL PERIODICO, POR CAMBIO DE OCUPACIÓN, POST INCAPACIDAD, DE RETIRO, LOS EXAMENES COMPLEMENTARIOS, SEGUIMIENTOS INDIVIDUALIZADOS POR MEDICINA LABORAL, INFORME DE CONDICIONES DE SALUD Y DEMÁS INFORMES ASOCIADOS, PARA LOS TRABAJADORES DE LA CORPORACIÓN AUTONOMA REGIONAL DEL ATLANTICO |
| **CONTRATANTE:** | Corporación Autónoma Regional del Atlántico CRA |
| **CONTRATISTA:** | MEDIKCORP S.A.S |
| **VALOR INICIAL:** | CINCUENTA Y DOS MILLONES CIENTO CINCUENTA MIL PESOS M/L ($ 52.150.000). |
| **Nº DEL C.D.P Y FECHA DE EXPEDICION:** | 361 DEL 29 DE MARZO DE 2023 |
| **Nº DE REGISTRO PRES. Y FECHA DE EXPEDICION:** | 2197 DEL 09 DE OCTUBRE DE 2023 |
| **FECHA DEL CONTRATO:** | |
| **PLAZO DE EJECUCION CONTRATO:** | TRES (3) MESES SIN SUPERAR EL 31 DE DICIEMBRE DE 2023 O HASTA EL AGOTAMIENTO DE LOS RECURSOS. |
| **FECHA ACTA DE INICIO:** | 11 de octubre de 2023 |
| **PERIODO:** | Pago único |
| **SUPERVISOR:** | Liliana Martinez Fernández |
| **DEPENDENCIA:** | Profesional Especializado |

En caso de Adición 1:

| | |
|---|---|
| **FECHA DE ADICION:** | N.A. |
| **VALOR** | N.A. |
| **Nº DE ADICIÓN:** | N.A. |
| **PLAZO:** | N.A. |
| **Nº DE C.D.P. Y FECHA DE EXPEDICIÓN:** | N.A. |
| **No DEL REGISTRO PRESUPUESTAL** | N.A. |
| **FECHA DE TERMINACIÓN DE CONTRATO CON ADICIÓN:** | N.A. |

## 2. FORMA DE PAGO

Para todos los efectos fiscales, El valor del contrato se estima en la suma de CINCUENTA Y DOS MILLONES CIENTO CINCUENTA MIL PESOS M/L ($ 52.150.000), los cuales se cancelarán al CONTRATISTA, en un único pago, previa realización de las obligaciones contractuales a satisfacción de la Entidad, presentación por parte del contratista de las facturas correspondientes y procedimiento afectivamente aplicados y recibido a satisfacción por parte del supervisor del contrato.

## 3. DESEMBOLSOS REALIZADOS

| PERIODO | VALOR PAGADO |
|---|---|
| NA | NA |
| NA | NA |
| NA | NA |
| NAN | NA |

## 4. GARANTIA DEL CONTRATO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **ASEGURADORA:** | COMPAÑÍA SURAMERICANA | **ASEGURADO:** | Corporación Autónoma Regional del Atlántico. |
| **TOMADOR:** | **MEDIKCORP S.A.S** | **Nº DE LA POLIZA:** | No. BQ-100075767 expedida el día 04/10/2023 |
| **OBJETO DEL SEGURO** | | Garantizar el pago de los perjuicios derivados del incumpliendo de las obligaciones contraídas mediante la ejecución, del contrato Nº 000295 DE 2023 referente al objeto contractual. | |

| | AMPARO | VIGENCIA | VR. ASEGURADO |
|---|---|---|---|
| **GARANTIAS:** SURAMERICANA póliza de seguro de cumplimiento entidades estatales Decreto 1082 No. BQ- 100075767 expedida el día 04/10/2023 | **Calidad** | Desde las 00 :00 04–OCT–2023 hasta las 24:00 horas del 30–JUN–2024 | $ 10.430.000,00 |
| | **Calidad del Servicio** | Desde las 00:00 Horas del 04–OCT–2023 hasta las 24:00 horas del 30–JUN–2024 | $ 10.430.000,00 |
| | **Prestaciones sociales** | Desde las 00:00 horas | $ 2.607.500,00 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | del 04–OCT–2022 hasta las 24:00 horas del 31–DIC–2026 | |
| | **Cumplimiento** | Desde las 00:00horas 04–OCT–2023 hasta las 24 HORAS 30–JUN–2024 | $ 5.215.000,00 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **FECHA DE LA POLIZA:** | 04/10/2023 | **FECHA DE APROBACION:** | 11/10/2023 |

En caso de adición:

| | | | |
|---|---|---|---|
| **ASEGURADORA:** | | **ASEGURADO:** | |
| **TOMADOR:** | | **Nº DE LA POLIZA:** | |
| **OBJETO DEL SEGURO:** | | N.A. | N.A. |
| | | N.A. | N.A. |
| | | N.A | N.A |
| | | N.A. | N.A. |
| **FECHA DE LA POLIZA:** | N.A. | **FECHA DE APROBACION:** | N.A. |

## 5. AFILIACION Y PAGO AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

| | |
|---|---|
| **Numero de planilla** | 9459244501 |
| **Nombre del Banco** | BANCOLOMBIA |
| **Valor Cancelado** | $3.790.200 |
| **Periodo de Pago** | OCTUBRE |
| **Fecha del Pago** | 27/11/2023 |
| **Nombre de la EPS** | VER PLANILLA DE SEGURIDAD SOCIAL |
| **Nombre del Fondo de Pensión** | VER PLANILLA DE SEGURIDAD SOCIAL |
| **Nombre ARL** | ARL POSITIVA |

| | |
|---|---|
| **Numero de planilla** | 9460589879 |
| **Nombre del Banco** | BANCOLOMBIA |
| **Valor Cancelado** | $3.787.600 |
| **Periodo de Pago** | NOVIEMBRE |
| **Fecha del Pago** | 22/12/2023 |
| **Nombre de la EPS** | VER PLANILLA DE SEGURIDAD SOCIAL |
| **Nombre del Fondo de Pensión** | VER PLANILLA DE SEGURIDAD SOCIAL |
| **Nombre ARL** | ARL POSITIVA |

## 6. IMPUESTOS DEL CONTRATO

| | |
|---|---|
| **Valor** | N.A |
| **Fecha** | N.A |
| **Numero de Recibo de Pago** | N.A |

En Caso de Adición al Contrato

| | |
|---|---|
| **Valor** | N.A |
| **Fecha** | N.A |
| **Numero de Recibo de Pago** | N.A |

## 7. PUBLICACIÓN DEL CONTRATO (En caso de Contratos superiores a los 50 s.m.m.l.v.

| | |
|---|---|
| **FECHA:** | N.A |
| **VALOR DEL PAGO:** | N.A |

En caso de adición:

| | |
|---|---|
| **FECHA:** | N.A |
| **VALOR DEL PAGO:** | N.A |

## 8. ESTADO DEL CONTRATO

El contrato se encuentra en estado FINALIZADO.

## 9. ACTIVIDADES REALIZADAS POR EL CONTRATISTA DE ACUERDO A LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS

## 9.1 Cuadro de Obligaciones

| Sc | Obligaciones del Contratista | % Ejecución acumulado | Actividades desarrolladas por el contratista- evidencias | % ejecución adición No. 1 | % ejecución No 2 |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | El contratista deberá realizar los exámenes médicos ocupacionales ingreso, control periódico, por cambio de ocupación, post incapacidad, de retiro, los exámenes complementarios, seguimientos individualizados por medicina laboral, capacitaciones, valoraciones psicológicas y demás servicios contratados a la población objetivo, conforme al profesiograma de la Entidad, las características de los cargos determinadas en el manual de funciones, la matriz de peligros y riesgos de la Entidad, entre otros, Lo anterior, debe realizarse en las instalaciones de la misma: Calle 66 No. 54 -43, Barranquilla - Atlántico (Colombia) Sede principal. Las evaluaciones médicas y pruebas complementarias, deberán incluir los siguientes tipos de exámenes y actividades, los cuales están detallados en el profesiograma por cargos para los funcionarios y en el plan de trabajo anual de SST. | 100% | El contratista cumplió a satisfacción con la realización de los exámenes médicos ocupacionales definidos en el contrato conforme al profesiograma de la Entidad y al plan de trabajo anual de SST. | NA | NA |

| Sc | Obligaciones del Contratista | % Ejecución acumulado | Actividades desarrolladas por el contratista- evidencias | % ejecución adición No. 1 | % ejecución No 2 |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 | El contratista debe crear y consolidar el perfil sociodemográfico de la población objetivo, conforme los parámetros establecidos en el Decreto 1072 de 2015 (grado de escolaridad, ingresos, lugar de residencia, composición familiar, estrato socioeconómico, estado civil, raza, ocupación, área de trabajo, edad, sexo y turno de trabajo) y la Resolución 0312 de 2019. El contratista deberá entregar dicho perfil en medio digital con el respectivo análisis de las estadísticas sobre la información recolectada y expresada en gráficos. | 100% | El contratista cumplió a satisfacción con la realización y entrega del perfil sociodemográfico de la población objetivo conforme a lo establecido en el Decreto 1072 de 2015 y en la Resolución 0312 de 2019. | NA | NA |
| 3 | Con base en los resultados obtenidos en la realización de los exámenes médicos ocupacionales, el contratista deberá elaborar, aportar y socializar el informe del Diagnóstico de condiciones de salud que incluya, la caracterización de sus condiciones de salud, la | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | evaluación y análisis de las estadísticas sobre la salud de los trabajadores, tanto de origen laboral como común y los resultados de las evaluaciones medicas ocupacionales, de todos los trabajadores evaluados. Dicho informe debe incluir adicionalmente los siguientes componentes, como mínimo:<br>i. Información de antecedentes de exposición laboral a diferentes factores de riesgos ocupacionales.<br>ii. Información de exposición laboral actual, según la manifestación de los trabajadores y los resultados objetivos analizados durante la evaluación médica. Tal información deberá estar diferenciada según áreas u oficios.<br>iii. Sintomatología reportada por los trabajadores.<br>iv. Resultados generales de las pruebas clínicas o paraclínicas complementarias a los exámenes físicos realizados.<br>v. Diagnósticos encontrados en la población trabajadora.<br>vi. Análisis y conclusiones de la evaluación.<br>vii. Recomendaciones | 100% | El contratista cumplió a satisfacción con la elaboración y entrega del informe del Diagnóstico de condiciones de salud, conforme a las exigencias especificadas lo especificado en el contrato. | NA | NA |
| 4 | El contratista deberá comunicar por escrito y explicar a cada trabajador valorado, los resultados de las evaluaciones medicas ocupacionales realizadas y la información consignada en el concepto de aptitud laboral. | 100% | El contratista cumplió a satisfacción con la obligación de comunicar por escrito y explicar a cada trabajador valorado, los resultados de las evaluaciones medicas ocupacionales realizadas y la información consignada en el concepto de aptitud laboral. | NA | NA |
| 5 | El contratista deberá registrar en listado de asistencia, el proceso de comunicación y explicación de los resultados de las evaluaciones médico ocupacionales y la entrega del conceto de aptitud a la población objetivo; y aportar al responsable de SST de la Entidad contratante el consolidado de dichos registros. | 100% | El contratista cumplió a satisfacción con la obligación de registrar en listado de asistencia, el proceso de comunicación y explicación de los resultados de las evaluaciones médico ocupacionales y la entrega del conceto de aptitud a la población objetivo; y aporto al responsable de | NA | NA |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | SST de la Entidad contratante, el consolidado de dichos registros. | | |
| 6 | El contratista deberá remitir al profesional especializado de SST de la Entidad contratante, todos los certificados de aptitud laboral producto del proceso de aplicación de las evaluaciones medicas ocupacionales a la población objetivo. | 100% | El contratista remitió al profesional de SST de la Entidad contratante, todos los certificados de aptitud laboral derivados del proceso de aplicación de las evaluaciones medicas ocupacionales a la población objetivo. Haciendo entrega de usuario y clave de acceso al sistema donde reposan cada uno de dichos conceptos y con acceso habilitado. | NA | NA |
| 7 | El contratista deberá aplicar de forma presencial la Batería De Instrumentos Para La Evaluación De Factores De Riesgo Psicosocial a todos los funcionarios y contratistas que hacen parte de la población objetiva. Lo cual incluye aplicación de encuestas, presentación ejecutiva del informa de resultados, elaboración y ejecución del plan de intervención en salud mental que aplique conforme a los resultados. Con relación al informe de resultados, debe preparar un informe global de toda la población trabajadora y así mismo un informe de resultados específico para funcionarios y un informe especifico de resultados para los contratistas de la Entidad. | 100% | El contratista aplico satisfactoriamente la Batería De Instrumentos Para La Evaluación De Factores De Riesgo Psicosocial a todos los funcionarios y contratistas que hacen parte de la población objetiva. Realizo la presentación ejecutiva del informa de resultados, elaboración y ejecución del plan de intervención en salud mental derivado de dicha evaluación que aplique conforme a los resultados. Con relación al informe de resultados incluyendo funcionarios y contratistas. | NA | NA |
| 8 | El contratista deberá realizar aleatoriamente las pruebas de alcohol y drogas como parte del programa preventivo de consumo de sustancias | | El contratista realizo de forma satisfactoria la aplicación aleatoria | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | psicoactivas con el consentimiento previo de los trabajadores seleccionados. Cubriendo como mínimo al 70% de la población total de trabajadores de la Entidad | 100% | las pruebas de alcohol y drogas cubriendo al 70% de la población objetivo. Cuyo reporte de resultados esta incluido en el informe de condiciones de salud entregado a la Entidad. | NA | NA |
| 9 | El contratista deberá entregar al profesional especializado de SST el Certificado de guarda y custodia de historia clínica. Lo anterior teniendo en cuenta los requisitos mínimos definidos por la *Resolución 754 de 2021, en su anexo técnico # 2 Requisitos para las personas jurídicas, articulo 3.2.1, código 10, literales a, b, c ,d, e y f.:*<br>*a. Su custodia es responsabilidad del médico especialista en Seguridad y Salud en el trabajo y a la empresa sólo se remiten los conceptos que, sobre aptitud laboral, emita el médico a la cabeza del equipo de salud.*<br>*b. Cada historia clínica debe estar debidamente identificada con nombre, tipo documento y número de identificación del evaluado, sin riesgo de error.*<br>*c. Describir las condiciones de conservación que deben garantizar la seguridad, la integridad y privacidad de la historia clínica.*<br>*d. Descripción de la obligación de guardar absoluta reserva sobre los datos que contienen las historias clínicas ocupacionales, que tienen quienes legítimamente acceden a las mismas.*<br>*e. La obligación de conservar el documento por lo menos veinte (20) años.*<br>*f. La obligación de llevar un registro de la entrada y la salida de las historias del archivo.* | 100% | El contratista realizo la entrega del certificado de guarda y custodia de historia clínica al profesional de SST, conforme lo dispuesto en la *Resolución 754 de 2021, en su anexo técnico # 2 Requisitos para las personas jurídicas, articulo 3.2.1, código 10, literales a, b,c,d,e y f.:* | NA | NA |
| 10 | Aportar las hojas de vida del personal interdisciplinario que prestaran los servicios a contratar, incluyendo diplomas, licencias y resoluciones de especialistas los cuales deben estar vigentes | 100% | El contratista aporto satisfactoriamente, las hojas de vida del personal interdisciplinario que prestaran los servicios a contratar, incluyendo diplomas, licencias y resoluciones de especialistas los cuales deben estar vigentes. Las cuales constan en la información colgada en el SECOP II. | NA | NA |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 11 | Certificar mediante carta debidamente firmada por su representante legal que tienen implementado y operando un sistema de seguridad y salud en el trabajo eficiente y en armonía con las exigencias legales vigentes en la materia. | 100% | El contratista cumplió con la certificación donde consta que tienen implementado y operando un sistema de seguridad y salud en el trabajo eficiente y en armonía con las exigencias legales vigentes en la materia. | NA | NA |
| 12 | Certificar mediante carta debidamente firmada por su representante legal que cumplen con la disposición adecuada de residuos generados durante la ejecución del contrato. | 100% | El contratista aporto evidencia certificada donde consta que cumplen con la disposición adecuada de residuos generados durante la ejecución del contrato, | NA | NA |
| 13 | Las demás que se deriven del contrato y las previstas en la propuesta del CONTRATISTA, así como las previstas en la ley para este tipo de contratos. | 100% | El contratista cumplió con todos los requerimientos, solicitudes, reuniones, y demás necesidades de la Entidad en el marco del desarrollo satisfactorio del objeto contractual pactado. | NA | NA |

## 10. PORCENTAJE DE EJECUCION

El contrato se encuentra en estado finalizado con un cumplimiento del 100% de las obligaciones pactadas.

## 11. OBSERVACIONES

Ninguna.

## 12. CONCLUSION

Revisados los documentos del presente contrato y dado que el contratista realizo las actividades previstas, la entrega de los informes derivados y requeridos en el contrato, se considera viable la cancelación del pago único por CINCUENTA Y DOS MILLONES CIENTO CINCUENTA MIL PESOS M/L ($ 52.150.000)



**LILIANA MARTINEZ FERNANDEZ**
**Supervisora.**

| | FORMATO | | |
|---|---|---|---|
| C.R.A Corporación Autónoma Regional del Atlántico | ACTA DE INICIO | | SGI |
| | Código: AB-FT-04 | Versión: 2 | Fecha: 23/02/2021 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| CONTRATO N.° | 000295 DE 2023 | | |
| FECHA DEL CONTRATO: | 09/10/2023 | | |
| OBJETO: | REALIZAR LOS EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES DE INGRESO, CONTROL PERIODICO, POR CAMBIO DE OCUPACIÓN, POST INCAPACIDAD, DE RETIRO, LOS EXAMENES COMPLEMENTARIOS, SEGUIMIENTOS INDIVIDUALIZADOS POR MEDICINA LABORAL, INFORME DE CONDICIONES DE SALUD Y DEMÁS INFORMES ASOCIADOS, PARA LOS TRABAJADORES DE LA CORPORACIÓN AUTONOMA REGIONAL DEL ATLANTICO | | |
| CONTRATANTE: | CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL ATLANTICO. | | |
| CONTRATISTA: | MEDIKCORP S.A.S | | |
| CUANTIA: | CINCUENTA Y DOS MILLONES CIENTO CINCUENTA MIL PESOS M/L ($ 52.150.000). | | |
| N° DEL C.D.P Y FECHA DE EXPEDICION: | 361 DEL 29 DE MARZO DE 2023 | | |
| N.° DE REGISTRO PRES. Y FECHA DE EXPEDICION: | 2197 DEL 09 DE OCTUBRE DE 2023 | | |
| PLAZO DE EJECUCION CONTRATO: | TRES (3) MESES SIN SUPERAR EL 31 DE DIEICEMBRE DE 2023 O HASTA EL AGOTAMIENTO DE LOS RECURSOS. | | |
| GARANTIAS: SURAMERICANA póliza de seguro de cumplimiento entidades estatales Decreto 1082 No. BQ- 100075767 expedida el dia 04/10/2023 | AMPARO | VIGENCIA | VR. ASEGURADO |
| | Calidad | Desde las 00 :00 04-OCT-2023 hasta las 24:00 horas del 30-JUN-2024 | $ 10.430.000,00 |
| | Calidad del Servicio | Desde las 00:00 Horas del 04-OCT-2023 hasta las 24:00 horas del 30-JUN-2024 | $ 10.430.000,00 |
| | Prestaciones sociales | Desde las 00:00 horas del 04-OCT-2022hasta las 24:00 horas del 31-DIC-2026 | $ 2.607.500,00 |
| | Cumplimiento | Desde las 00:00horas 04-OCT-2023 hasta las 24 HORAS 30-JUN-2024 | $ 5.215.000,00 |
| FECHA APROBACION DE GARANTÍAS | 11/10/2023 | | |

| | FORMATO | | |
|---|---|---|---|
| C.R.A Corporación Autónoma Regional del Atlántico | ACTA DE INICIO | | SGI SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL - CRA |
| | Código: AB-FT-04 | Versión: 2 | Fecha: 23/02/2021 |

En Barranquilla a los once (11) días de mes de octubre de 2023, gestionaron la presente acta de inicio, la Dra. **LILIANA MARTINEZ FERNANDEZ** Profesional Especializado de Seguridad y Salud en el Trabajo, quien actúa en calidad de supervisor del contrato descrito anteriormente y la señora **LILIANA LUCIA TAMARA URZOLA** Identificada con la cédula de ciudadanía **No. 32.766.332**, Representante Legal de la firma **MEDIKCORP S.A.S**, en su condición de Contratista, con la finalidad de dar inicio a las actividades del contrato.

Verificados los requisitos de ejecución ((i) la aprobación de las garantías, (ii) el registro presupuestal, (iii) suscripción del acta de inicio, (iv) paz y salvo de aportes a salud, riesgos laborales y pensión y certificación de afiliación en ARL) proceden las partes a dar inicio a la ejecución del contrato y en constancia se firma la presente acta por quienes en el acto han intervenido.




**LILIANA MARTINEZ FERNANDEZ**
**C.C. No. 32.790.424**

**LILIANA LUCIA TAMARA URZOLA**
**C.C. No. 32.766.332**

## RECIBO A SATISFACCIÓN

| | FORMATO | | |
|---|---|---|---|
| C.R.A Corporación Autónoma Regional del Atlántico | RECIBO A SATISFACCIÓN | | SGI |
| | Código: AB-FT-08 | Versión: 2 | Fecha: 23/02/2021 |

| FECHA | | |
|---|---|---|
| 2024 | 12 | 29 |
| AAA | MM | DD |

| | | |
|---|---|---|
| MEDIKCORP S.A.S | CONTRATO CO1.PCCNTR.5430780 | No.000295 de 2023 |

Nombre del supervisor: **LILIANA MARTINEZ FERNADEZ**

| | | |
|---|---|---|
| Tipo de Informe: PAGO UNICO | Pago Contrato No.000295 de 2023 | No. del Informe: UNICO |

**LILIANA MARTINEZ FERNANDEZ**, Profesional Especializado de la CORPORACIÓN AUTONOMA REGIONAL DEL ATLANTICO, recibe a satisfacción las actividades correspondientes a las obligaciones del Contrato No. **000295 DE 2023**, que tiene por objeto: **REALIZAR LOS EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES DE INGRESO, CONTROL PERIODICO, POR CAMBIO DE OCUPACIÓN, POST INCAPACIDAD, DE RETIRO, LOS EXAMENES COMPLEMENTARIOS, SEGUIMIENTOS INDIVIDUALIZADOS POR MEDICINA LABORAL, INFORME DE CONDICIONES DE SALUD Y DEMÁS INFORMES ASOCIADOS, PARA LOS TRABAJADORES DE LA CORPORACIÓN AUTONOMA REGIONAL DEL ATLANTICO**. Dado que fueron desarrolladas de manera conforme y satisfactoria, todas las obligaciones e informes establecidos en el contrato para el óptimo desarrollo y ejecución del objeto contractual referenciado y durante su vigencia del 11 de octubre al 31 de diciembre de 2023 o hasta agotar recursos, lo que ocurriera primero, siendo esto último, lo que efectivamente ocurrió, con un cumplimiento satisfactorio de todas las obligaciones contractuales. Con fundamento en lo anterior, es procedente realizar el pago único por valor de **CINCUENTA Y DOS MILLONES CIENTO CINCUENTA MIL PESOS M/L ($ 52.150.000)**.

FIRMA:



**LILIANA MARTINEZ FERNANDEZ**

# ACTA DE LIQUIDACIÓN


| | FORMATO | | |
|---|---|---|---|
| C.R.A Corporación Autónoma Regional del Atlántico | ACTA DE LIQUIDACION | | SGI |
| | Código: AB –FT-03 | Versión: 2 | Fecha:23/02/2021 |


**ACTA DE LIQUIDACIÓN BILATERAL DEL CONTRATO No. 000295 DE 2023**

En Barranquilla, el día 02 del mes de enero de 2024, siendo las 10:00 a.m. en las instalaciones de la Corporación Autónoma Regional del Atlántico y con la finalidad de liquidar el Contrato **No 000295 de 2023**, por mutuo consentimiento, de acuerdo con las disposiciones contenidas en el Artículo 60 de la Ley 80 de 1993, Artículo 11 de la Ley 1150 de 2007 y Artículo 217 del Decreto Ley 0019 de 2012, se reunieron las siguientes personas: **JULIETTE SLEMAN CHAMS**, en su calidad de Director General ( E ) de la Corporación, **LILIANA PATRICIA MARTINEZ FERNANDEZ** en su calidad de Supervisora del contrato; y **LILIANA LUCIA TAMARA URZOLA**, mayor de edad, identificada con la cedula de ciudadanía **32.766.332**, en su calidad de Representante Legal del contrato. Una vez reunidos, procedieron a la liquidación, lo cual hacen en los siguientes términos:

**1. ANTECEDENTES Y DATOS INICIALES DEL CONTRATO:**

| | |
|---|---|
| CONTRATO N° | 000295 de 2023 |
| FECHA DEL CONTRATO: | 09 de octubre de 2023 |
| OBJETO: | REALIZAR LOS EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES DE INGRESO, CONTROL PERIODICO, POR CAMBIO DE OCUPACIÓN, POST INCAPACIDAD, DE RETIRO, LOS EXAMENES COMPLEMENTARIOS, SEGUIMIENTOS INDIVIDUALIZADOS POR MEDICINA LABORAL, INFORME DE CONDICIONES DE SALUD Y DEMÁS INFORMES ASOCIADOS, PARA LOS TRABAJADORES DE LA CORPORACIÓN AUTONOMA REGIONAL DEL ATLANTICO |
| CONTRATANTE: | CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DEL ATLÁNTICO. |
| CONTRATISTA: | MEDIKCORP S.A.S. |
| CUANTIA: | CINCUENTA Y DOS MILLONES CIENTO CINCUENTA MIL PESOS M/L ($ 52.150.000). |
| N° DEL C.D.P Y FECHA DE EXPEDICION: | 361 DEL 29 DE MARZO DE 2023 |
| N.° DE REGISTRO PRES. Y FECHA DE EXPEDICIÓN: | 2197 DEL 09 DE OCTUBRE DE 2023 |
| PLAZO DE EJECUCIÓN CONTRATO: | |
| | TRES (3) MESES SIN SUPERAR EL 31 DE DICIEMBRE DE 2023 O HASTA EL AGOTAMIENTO DE LOS RECURSOS. |

**2. LEGALIZACIÓN**
**2.1** Pago de Impuestos: SI _____ VALOR _____ NO__X___

**2.2 GARANTÍA:**
**2.2.2 Compañía Aseguradora: COMPAÑÍA SURAMERICANA**
**2.2.3** No. de la Póliza de Garantía No. BQ- 100075767 expedida el día 04/10/2023

| | | | |
|---|---|---|---|
| C.R.A Corporación Autónoma Regional del Atlántico | **FORMATO** | | SGI |
| | **ACTA DE LIQUIDACION** | | |
| | Código: AB –FT-03 | Versión: 2 | Fecha:23/02/2021 |

2.2.4 Amparos:
a) Cumplimiento SI X NO
b) Pago anticipado: SI NO X Anticipo: SI NO X
c) Salarios y prestaciones sociales SI X NO
d) Estabilidad SI NO X
e) Responsabilidad civil extracontractual SI NO X
f) Calidad del servicio SI X NO
g) Calidad SI X NO

2.2.5 Fecha De aprobación de la Garantía: 28/04/2023
Póliza por Adición N°1 al Contrato: SI NO X

**EJECUCIÓN DEL CONTRATO:**

3.1 Fecha del acta de inicio: 11 de OCTUBRE de 2023
3.2 Acta de recibo parcial N.° del del mes de 201–
3.3 Multas impuestas al contratista: SI VALOR: $ NO X
3.4 Incumplimiento declarado al contratista: SI NO X
3.5 Declaratoria de caducidad del contrato: SI NO X

3. Cuantos Informes de Actividades debió presentar el contratista durante la ejecución del contrato: UNO (1) de esa cantidad, cuantos Informes de Actividades fueron presentados y avalados por el supervisor o Interventor: UNO (1)

4. **ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO**

4.1 Valor inicial: $ 52.150.000
Valor adicional NO APLICA
4.2 Valor total: $52.150.000
4.3 Valor total de pagos efectuados $0
4.4 Saldo a favor del contratista: SI X VALOR: $ $52.150.000
4.5 Saldo a favor de la CRA: SI VALOR: $ NO X
4.6 Porcentaje de ejecución: 100% en tiempo y valor contratado.

5. SE OCASIONARON GASTOS JUSTIFICADOS Y SOPORTADOS POR CONCEPTO DE IMPREVISTOS: SI VALOR NO X

**NOTA:** En caso de no haberse ocasionado gastos por concepto de Imprevistos o que no están debidamente justificados y soportados, si el contrato así contempla, el Supervisor o el Interventor, según el caso, debe excluir el monto a pagar, el valor determinado para Imprevistos.

6. **ESTADO ACTUAL DE LAS GARANTIAS VIGENTES:**

| | AMPARO | VIGENCIA | VR. ASEGURADO |
|---|---|---|---|
| **GARANTIAS:** SURAMERICANA póliza de seguro de cumplimiento entidades estatales Decreto 1082 No. BQ- 100075767 expedida el dia 04/10/2023 | **Calidad** | Desde las 00 :00 04–OCT–2023 hasta las 24:00 horas del 30–JUN–2024 | $ 10.430.000,00 |
| | **Calidad del Servicio** | Desde las 00:00 Horas del 04–OCT–2023 hasta las 24:00 horas del 30–JUN–2024 | $ 10.430.000,00 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **Prestaciones sociales** | Desde las 00:00 horas del 04–OCT–2022 hasta las 24:00 horas del 31–DIC–2026 | $ 2.607.500,00 |
| | **Cumplimiento** | Desde las 00:00horas 04–OCT–2023 hasta las 24 HORAS 30–JUN–2024 | $ 5.215.000,00 |

7. CONSTANCIAS:

ACUERDO: NO __X__ SI ____ FECHA: _____

Las partes declaran expresamente que el contrato en referencia se liquida por Mutuo Consentimiento, que fue ejecutado en un porcentaje del 100% dentro del tiempo pactado, lo anterior debido a que se dieron todas las condiciones necesarias para cumplir con los servicios, informes y actividades establecidas, considerando la disponibilidad de la población objetivo del contrato, lugar y tiempo para realización de las mismas y la disponibilidad del contratista. Que a excepción del saldo a favor del contratista por concepto del pago único de los servicios contratados por valor de **CINCUENTA Y DOS MILLONES CIENTO CINCUENTA MIL PESOS M/L ($ 52.150.000)**, las partes se declaran a paz y salvo por concepto de la ejecución del contrato y todos sus derivados, renunciando de manera expresa a cualquier posterior reclamación, por cualquier concepto.

Para constancia se firma por las personas que en el acto han participado:

**JESUS LEON INSIGNARES**
Director General

**LILIANA LUCIA TAMARA URZOLA**
C.C. 32.7[illegible]
Representante Legal

**LILIANA MARTINEZ FERNANDEZ**
C.C. 32.790.424
Supervisor