GOBERNACION DE ANTIOQUIA REPÚBLICA DE COLOMBIA	ACTA DE TERMINACIÓN	Código: FO-M7-P6-009 Versión: 02 Fecha de aprobación: 22/04/2024

INFORMACIÓN GENERAL E HISTORIAL DEL CONTRATO / CONVENIO

CONTRATO CONVENIO	☐	NÚMERO			**4600018357**
	X	FECHA DE SUSCRIPCIÓN:			29/08/2025
FECHA DE INICIO DEL CONTRATO/CONVENIO					01/09/2025
IDENTIFICACIÓN DEL PROCESO EN SECOP					16717
OBJETO: Financiar los gastos de operación de la Empresa Social del Estado E.S.E. Hospital Guillermo Gaviria Correa de Caicedo, representados en gastos de personal y la adquisición de bienes y de servicios para la operación corriente de la entidad, destinados a la prestación de servicios de salud.					
ORGANISMO CONTRATANTE / ASOCIADO					DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA – Secretaría de Salud e Inclusión Social
CONTRATISTA/ASOCIADO		NOMBRE			E.S.E. HOSPITAL GUILLERMO GAVIRIA CORREA
		C.C. / NIT			800.037.244-2
VALOR [$]		INICIAL			TRESCIENTOS NOVENTA Y SIETE MILLONES QUINIENTOS VEINTICUATRO MIL CUATROCIENTOS SEIS PESOS M/L ($397.524.406)
		ADICIONES	**No.**	**VALOR ADICIONADO**	**% DE ADICION**
				N/A	N/A
		VALOR TOTAL			TRESCIENTOS NOVENTA Y SIETE MILLONES QUINIENTOS VEINTICUATRO MIL CUATROCIENTOS SEIS PESOS M/L ($397.524.406)
PLAZO		INICIAL			La duración del presente convenio será de cuatro (4) meses, contados a partir de la firma del acta de inicio, sin superar el 20 de diciembre de 2025
		PRÓRROGAS	**No.**	**TIEMPO PRORROGADO**	**NUEVA FECHA DE TERMINACIÓN**
				N/A	N/A
HISTORICO DE SUSPENSIONES			**No.**	**FECHA INICIO SUSPENSIÓN**	**FECHA REANUDACIÓN**
				N/A	N/A

SUPERVISOR(ES)/ INTERVENTOR	NOMBRE / RAZON SOCIAL:	ELIZABETH GÓMEZ GÓMEZ
	NUMERO CONTRATO INTERVENTOR:	N/A

INFORMACIÓN GARANTÍA ÚNICA

GARANTÍA	**No.**	N/A
	No. Anexo:	N/A
	Fecha Expedición:	N/A
	Aseguradora:	N/A

GOBERNACION DE ANTIOQUIA REPUBLICA DE COLOMBIA	ACTA DE TERMINACIÓN	Código: FO-M7-P6-009
		Versión: 02
		Fecha de aprobación: 22/04/2024

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL		
	No.	N/A
	No. Anexo:	N/A
	Fecha Expedición:	N/A
	Aseguradora:	N/A

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

CONSIDERANDO:

1. Que de acuerdo con el vencimiento del plazo, debe darse por terminada la ejecución del Contrato/Convenio **No. 4600018357**

2. Que las partes manifiestan su aceptación sobre los motivos o elementos que llevan a la firma de la presente acta de terminación.

3. Que según lo establecido por la resolución 484 de 2024, en su artículo 8..."El valor a girar de manera mensual, precisando los requisitos o condiciones para los respectivos desembolsos, dejando un porcentaje no superior al 5% del valor del contrato para ser cancelados al momento de la liquidación del mismo, una vez se realice el balance financiero y de cumplimiento de las obligaciones".

De acuerdo con lo anterior, las partes:

ACUERDAN:

1. Dar por terminado el Contrato/Convenio **No. 4600018357** como se detalla a continuación:

FECHA DE TERMINACIÓN:	20/12/2025
CAUSA DE TERMINACIÓN:	Vencimiento del plazo, cumplimiento normal 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.

Fecha suscripción del documento: 22/12/2025.

ELIZABETH GÓMEZ GÓMEZ
Supervisor/Interventor
Secretaría de Salud e Inclusión Social
Dirección de Aseguramiento y Prestación de Servicios

JUAN CAMILO TAMAYO SUAREZ
Contratista/Asociado
E.S.E. HOSPITAL GUILLERMO GAVIRIA CORREA