GOBERNACIÓN 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	X	NÚMERO			**4600018144**
		FECHA DE SUSCRIPCIÓN:			01/07/2025
FECHA DE INICIO DEL CONTRATO/CONVENIO					02/07/2025
IDENTIFICACIÓN DEL PROCESO EN SECOP					**16614**
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 La María de Medellín.**					
ORGANISMO CONTRATANTE / ASOCIADO					**DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA – SECRETARÍA DE SALUD E INCLUSIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA**
CONTRATISTA/ASOCIADO		NOMBRE			**ESE HOSPITAL LA MARÍA DE MEDELLÍN**
		C.C. / NIT			**890.905.177 - 9**
VALOR [$]		INICIAL			**MIL SEISCIENTOS VEINTIDÓS MILLONES DE PESOS M/L ($1.622.000.000) EXCLUIDO DE IVA.**
		ADICIONES	**No.**	**VALOR ADICIONADO**	**% DE ADICIÓN**
				N/A	N/A
		VALOR TOTAL			**MIL SEISCIENTOS VEINTIDÓS MILLONES DE PESOS ($1.622.000.000) EXCLUIDO DE IVA.**
PLAZO		INICIAL			La Duración del presente Contrato será de Seis (6) meses, contados a partir de la firma del Acta de Inicio, sin superar el 31 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:	**CARLOS ARTURO CANO RÍOS** **CC No. 70.545.153**
	NUMERO CONTRATO INTERVENTOR:	N/A

INFORMACIÓN GARANTÍA ÚNICA

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

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA República de Colombia	**ACTA DE TERMINACIÓN**	Código: FO-M7-P6-009 Versión: 02 Fecha de aprobación: 22/04/2024

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL	**Aseguradora:**	"N/A"
	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			
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 con el vencimiento del plazo y cumplimiento normal del objeto contractual, debe darse por terminada la ejecución del Contrato/Convenio No. 4600018144.

2. Que las partes manifiestan 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:

1. Dar por terminado el Contrato/Convenio No. 4600018144 como se detalla a continuación:

FECHA DE TERMINACIÓN:	31/12/2025
CAUSA DE TERMINACIÓN:	Vencimiento del plazo y Cumplimiento normal del objeto contractual

2. El contratista/asociado se compromete a mantener vigentes las garantías de conformidad con lo estipulado en el contrato/convenio. "N/A".

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.

Fecha suscripción del documento: 05/01/2026.

CARLOS ARTURO CANO RÍOS
NOMBRE
Supervisor/Interventor
SECRETARÍA DE SALUD E INCLUSIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

CARLOS MAURICIO MARTÍNEZ FLÓREZ
NOMBRE
REPRESENTANTE LEGAL
ESE HOSPITAL LA MARÍA