| DATOS GENERALES DEL CONTRATO O CONVENIO | |
|---|---|
| Tipo | CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS |
| Número | 2025000567 |
| Modalidad | SELECCIÓN ABREVIADA |
| Contratista | INGOBAR METROLOGIA SAS |
| Objeto | El Contratista se obligará con el Instituto Departamental de Salud de Nariño, a prestar el servicio de calibración con alcance de acreditación de los equipos biomédicos conforme a la descripción técnica definida en el Anexo Técnico. |
| Valor | QUINCE MILLONES, CIENTO OCHENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS CATORCE PESOS CON DIEZ Y OCHO CENTAVOS ($15.185.714,18) |
| RUT | 900.607.487-4 |
| N° CDP Y FECHA | 20250001648 del 09/05/2025<br>20250000096 del 08/01/2025<br>2025000096 – 08/01/2025 |

En las instalaciones del IDSN se reunieron **NICOLÁS GONZALES BARRIOS** en calidad de representante legal de INGOBAR METROLOGIA SAS y **JORGE LUIS CERÓN PÉREZ**, en su calidad de Interventor del contrato y **OSCAR FERNANDO CERON ORTEGA** en su calidad de subdirector de Salud Pública, con el fin de realizar el acta de liquidación (N°1) UNO del contrato de la referencia, teniendo en cuenta el informe de actividades anexo.

**1. De acuerdo con lo informado, los valores parciales a cancelar son:**

| DESCRIPCION | %IA 1 | VIA | %RP | VRP | %A cum | Valor Acumulado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| El IDSN requiere contratar el servicio de calibración con alcance de acreditación de los equipos biomédicos conforme a la descripción técnica definida en el Anexo Técnico, ÍTEM 4: TERMOHIGROMETROS, ÍTEM 10: PH Y CONDUCTIVIMETRO. | 0 | 0 | 100% | $15.185.714,18 | 100% | $15.185.714,18 |
| **SUMAN** | 0 | 0 | 100% | $15.185.714,18 | 100% | $15.185.714,18 |

**2. Pago de gastos de viaje y/o transporte:**

De acuerdo a lo establecido en el contrato los gastos de viaje y/o transportes generados en el




Scanned with CamScanner

desarrollo de las actividades relacionadas en la presente acta son:

No. De Registro de gastos de viaje y/o transporte:

| DESCRIPCION | VALOR |
|---|---|
| Gastos de viaje **(A) Rubro:** | $0 |
| Transporte **(B) Rubro**: | $0 |
| VALOR A PAGAR **(A+B)** | $0 |

**3. Recibo a satisfacción:**

Se recibe a satisfacción los trabajos ejecutados dentro del contrato en un porcentaje del (100%)de acuerdo a las actividades programadas y con los plazos establecidos, así:

[1] %IA: % de informes anteriores
VIA: valor de informes anteriores

%RP: % reconocido en el periodo
VRP: valor reconocido en el periodo

| | |
|---|---|
| Plazo del contrato: | 130 días |
| Fecha de inicio: | 01/08/2025 |
| Fecha de terminación: | 04/12/2025 |
| Tiempo de ejecución: | 125 días |
| Relación de suspensiones o ampliaciones: N/A | |

**4. Validación de seguridad social y aportes:**

| Verificación de aportes | SI | NA | Valor Cotizado | No. Planilla |
|---|---|---|---|---|
| Sistema integral de seguridad social | X | | $7.266.500 | 9495271586 |
| • Salud | X | | $1.170.800 | 9495271586 |
| • Pensión | X | | $4.682.800 | 9495271586 |
| • Riesgos Profesionales | X | | $245.900 | 9495271586 |
| Aportes parafiscales | X | | $1.167.000 | 9495271586 |

**5. Valores a cancelar:**

| DESCRIPCION | VALOR |
|---|---|



Scanned with CamScanner

| | |
|---|---|
| Valor Total del Contrato (**A**) | $15.185.714,18 |
| Valor Anticipo o Pago Anticipado (**B**) | $0 |
| Valor a pagar de Honorarios en la presente acta (**C**) | $15.185.714,18 |
| Valor a pagar de Gastos de viaje y/o transporte en la presente acta(**D**) | $0 |
| Amortización anticipo **E = (B*(C+D))/A** | $0 |

| | |
|---|---|
| Valor total de pagos parciales según comprobantes de Egreso (**F**) | $0 |
| **VALOR A PAGAR (C+D)-E** | $15.185.714,18 |
| **Saldo a favor del IDSN** | $0 |
| **Saldo a favor del Contratista** | $0 |

**Nota:** Relacione en el pie de página los valores

Total, valor a pagar: QUINCE MILLONES, CIENTO OCHENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS CATORCE PESOS CON DIEZ Y OCHO CENTAVOS

6. **Sanciones:** "Relacionar si hubo imposición de multas u otros y el valor

| Sanciones o multas | Valor |
|---|---|
| N/A | $0 |
| N/A | $0 |

7. **Número de Egresos Actas de Pago Parciales:**

| No Acta de Pago Parcial | Fecha Acta dePago Parcial | Valor Acta dePago Parcial | No Egreso | Fecha Egreso | Valor del Egreso |
|---|---|---|---|---|---|
| N/A | N/A | $0 | N/A | N/A | $0 |
| | **TOTAL** | $0 | | **TOTAL** | $0 |



Scanned with CamScanner

**8. Calificación de cumplimiento y calidad del servicio:**

| | |
|---|---|
| EXCELENTE | X |
| BUENA | |
| REGULAR | |
| MALA | |

Conformes las partes con lo que se ha estipulado lo firman el día: 30 DIC 2025

NICOLAS GONZALES BARRIOS
Contratista

JORGE LUIS CERON PEREZ
Líder Laboratorio de Salud Pública de Nariño
Supervisor

OSCAR FERNANDO CERON ORTEGA
Subdirector de Salud Pública

ANA BELÉN ARTEAGA TORRES
Directora IDSN



Scanned with CamScanner