DATOS GENERALES DEL CONTRATO O CONVENIO	
Tipo	COMPRAVENTA
Número	2024000961
Modalidad	SELECCIÓN ABREVIADA SUBASTA INVERSA
Contratista	AVANTIKA S.A.S
Objeto	El Contratista se obligará con el Instituto Departamental de Salud de Nariño, a suministrar los equipos descritos en el Anexo Técnico.
Valor	CIENTO OCHENTA Y TRES MILLONES DE PESOS ($183.000.000) M/CTE
RUT	890.101.977-3
N° CDP Y FECHA	2024003798-01-11-2024

En las instalaciones del IDSN se reunieron **IVÁN ALBERTO ANTEQUERA CASTRO** en calidad de representante legal de AVANTIKA S.A.S, **JORGE LUIS CERÓN PÉREZ**, en su calidad de supervisor del contrato y **OSCAR FERNANDO CERON ORTEGA** en su calidad de subdirector de Salud Pública, con el fin de realizar el acta final y de liquidación 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	%Acum	Valor Acumulado
El Contratista se obligará con el Instituto Departamental de Salud de Nariño, a suministrar los equipos descritos en el Anexo Técnico. ITEM 4.	0	0	100%	$183.000.000	100%	$183.000.000
SUMAN	0	0	100%	$183.000.000	100%	$183.000.000

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 eldesarrollo 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:	150 días
Fecha de inicio:	03/01/2024
Fecha de terminación:	31/05/2025
Tiempo de ejecución:	148 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		$74.365.200	77000175
• Salud	X		$11.098.900	77000175
• Pensión	X		$44.453.800	77000175
• Riesgos Profesionales	X		$8.002.800	77000175
Aportes parafiscales	X		$10.809.700	77000175

5. Valores a cancelar:

DESCRIPCION	VALOR
Valor Total del Contrato (**A**)	$183.000.000
Valor Anticipo o Pago Anticipado **(B)**	$0
Valor a pagar de Honorarios en la presente acta **(C)**	$183.000.000
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	$183.000.000
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: CIENTO OCHENTA Y TRES MILLONES DE PESOS ($183.000.000)

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

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:

IVAN ALBERTO ANTEQUERA CASTRO
Firmado digitalmente por IVAN ALBERTO ANTEQUERA CASTRO
Fecha: 2025.05.13 10:30:49 -05'00'

IVÁN ALBERTO ANTEQUERA CASTRO
Contratista

JORGE LUIS CERON PEREZ
Supervisor

OSCAR FERNANDO CERON ORTEGA
Subdirector de Salud Pública

ANA BELÉN ARTEAGA TORRES
Directora IDSN