## **LA GERENCIA DE GESTIÓN CORPORATIVA, EN EJERCICIO DE LA FUNCIÓN DE ORDENADOR DEL GASTO, SEGÚN DELEGACION EN RESOLUCIÓN No. 42 DEL 3 DE JUNIO DE 2022, CELEBRA LA PRESENTE LIQUIDACIÓN BILATERAL DEL (Seleccionar CONTRATO O CONVENIO según corresponda) NO. XXX , EN LOS SIGUIENTES TÉRMINOS.**

1. **ASPECTOS GENERALES.**

* **NÚMERO DE PROCESO PRECONTRACTUAL: Número del proceso que se encuentre en la plataforma respectiva: debe quedar en gris**
* **PLATAFORMA:**

SECOP I SECOP II TVEC

**NÚMERO DE CONTRATO/CONVENIO:**

* **FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO/CONVENIO:**
* **TIPO DE CONTRATO/CONVENIO: (Identificar la tipología que se encuentra en los documentos del proceso)**
* **CONTRATISTA/ASOCIADO:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE CONTRATISTA/ASOCIADO:** |  | | **CC/CE/NIT:** | |  |
| **NOMBRE IDENTITARIO** | (Si aplica) | |  | |  |
| **MIEMBROS DEL CONSORCIO O U. TEMPORAL\*** | | **CC/CE/NIT\*** | | **PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN\*** | |
| **(Relacionar todos los nombre de las personas naturales o jurídicas que conforman consorcio o U. Temporal)** | |  | |  | |

* **OBJETO:**
* **PLAZO INICIAL**:
* **FECHA DE INICIO:**
* **VALOR INICIAL**
* **ANTICIPO PACTADO (valor / %):**
* **DEPENDENCIA RESPONSABLE DE LA CONTRATACIÓN: (Dependencia que está solicitando la liquidación)**
* **SUPERVISORES: (Relacionar todos los supervisores que ha tenido el convenio o contrato desde sus inicios)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre** | **Cargo** | **Periodo** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* **INTERVENTORÍA: (En los casos que aplique)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Núm. Contrato o Convenio** | **Nombre o Razón Social** | **CC/CE/NIT** |
|  |  |  |

* **MODIFICACIONES DEL CONTRATO O CONVENIO:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Modificación No.** | **Fecha modificación** | **Adición Valor** | **Prórroga Tiempo** | **Otros aspectos modificados** |
| **Incluir adiciones o prorrogas o cesiones o cualquier otra modificación que haya tenido el contrato o convenio** |  |  |  |  |

* **SUSPENSIONES:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Suspensión No.** | **Periodo de Suspensión** | | **Tiempo total de suspensión** | **Observaciones** |
| **Desde** | **Hasta** |
|  |  |  |  |  |

* **VALOR TOTAL CONTRATO O CONVENIO INCLUIDAS LAS ADICIONES:**
* **PLAZO TOTAL CON PRÓRROGAS:**
* **FECHA DE TERMINACIÓN:**
* **CAUSAL DE TERMINACIÓN:**

1. **ESTADO FINANCIERO**

**(Plan de Pagos)**

**NOTA:**

* 1. **BALANCE FINANCIERO:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Descripción** | **Valor** |
| Valor total contratado (Valor inicial pactado + adiciones suscritas): |  |
| Valor total causado (es el que debió pagarse al contratista por la ejecución realmente efectuada): |  |
| Valor total pagado (es el que realmente se ha cancelado al contratista): |  |
| Saldos por liberar a favor de la AGENCIA ATENEA: |  |
| Saldo en favor del contratista (pagos previstos contra acta de liquidación, pasivos exigibles, entre otros: |  |

2.1.1 Rendimientos Financieros: (En los casos que apliqué)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rendimientos Financieros** | | |
| **Fecha** | **Valor** | **Acta de Legalización o Recibo No.** |
|  |  |  |

1. **MULTAS Y SANCIONES** (En los casos que apliqué)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Actuación**  (Multa, penal pecuniario, caducidad, declaratoria de incumplimiento) | **No. y fecha de Resolución** | **Valor Multa o Sanción** | **Estado**  *(Pagado, descontado, compensado, otro)* |
|  |  |  |  |

1. **SISTEMA SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL – PARAFISCALES**

El contratista acredito que durante el tiempo de ejecución del Contrato o Convenio No. **XXXXX** cumplió con el pago de las obligaciones parafiscales en el Sistema Integral de Seguridad Social, de conformidad con la normativa vigente en la materia.

1. **GARANTÍAS (**Verificar que la garantía de cumplimiento se encuentre vigente)

Dando cumplimiento con lo señalado en el artículo 2.2.1.2.3.1.12 del Decreto 1082 de 2015 y el Manual de Contratación, la Supervisión certifica que, a efectos de la liquidación del Contrato o Convenio No. XXXXX, la garantía emitida para amparar el contrato es la siguiente:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No. Garantía** | **Anexo de la Garantía** | **Fecha de Expedición** | **VIGENCIAS** | | **Monto Asegurado** | **Riesgo amparado** | **Aseguradora** |
| **(Desde)** | **(Hasta)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **ACUERDOS, CONCILIACIONES, TRANSACCIONES:** (En este numeral tener presente: Todos los acuerdos que se pacten entre las partes, si hay un saldo por pagar se debe relacionar, si hay un saldo por liberar se debe relacionar)

1. **CONCLUSIÓN DE LA LIQUIDACIÓN**

Con la suscripción de la presente acta de liquidación, las partes se declaran a paz y salvo por todo concepto y quedan extinguidas todas las obligaciones surgidas entre las mismas, por concepto de la suscripción, ejecución y liquidación del convenio objeto de liquidación.

1. **OBSERVACIONES:** (Si hay salvedades)

Así mismo, es necesario indicar que la totalidad de la información se encuentra cargada en el Sistema Electrónico para la Contratación Pública – SECOP II, en el siguiente enlace XXXXXXXXXX

Para constancia el acta se firma en Bogotá D.C. por los que en ella intervinieron, y la fecha de Liquidación del contrato corresponderá a la fecha de publicación de la plataforma (SECOP I, SECOP II o TVEC).

|  |  |
| --- | --- |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Firma Contratista o Asociado**  **Nombre:**  **Identificación:**  **Cargo:**  **Nombre jurídico:** (Si aplica)  **NIT:** (Si aplica) | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Firma Supervisor**  **Nombre:**  **Identificación:**  **Cargo:** |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Firma Ordenador del gasto** **Nombre**: **Identificación:**  **Cargo:** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Firma Profesional Apoyo a la Supervisión\*** (Para los casos que apliqué)  **Nombre:**  **Identificación:** |

Anexos: Todos los documentos cargados en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Vo.Bo. Subgerente de Gestión Administrativa

Vo.Bo. Profesional Revisión Subgerencia Gestión Administrativa

Proyectó: (Supervisor o designado del supervisor)