| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E. | |
|---|---|---|
| | ACTA DE TERMINACIÓN Y CIERRE CONTRATO POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS | CO-OPS-FT-16 V2 |

**INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA**

| NOMBRES Y APELLIDOS: | | DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: |
|---|---|---|
| MARTIN SALAZAR CLAUDIA ANDREA | | 1023030504 |
| **DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN:** | | **MUNICIPIO:** |
| Localidad 20 De Sumapaz | | BOGOTA |
| **TELÉFONO:** | **CELULAR:** | **CORREO ELECTRÓNICO** |
| | 3138387441 | andre.martin01062017@gmail.com |

**INFORMACIÓN DEL CONTRATO**

| No. CONTRATO: | OBJETO DEL CONTRATO |
|---|---|
| 3352-2025 | PRESTAR SERVICIOS COMO TÉCNICO DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL EN LAS ÁREAS ASIGNADAS POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E |

**OBLIGACIONES CONTRACTUALES**

1). Prestar servicios de perfil Auxiliar de Enfermería acorde con la Lex Artis, según necesidad de LA SUBRED SUR E.S.E, de acuerdo a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSS), Sistema Obligatorio de Garantia y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.2). Realizar actividades de información, educación, comunicación encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria.3). Registrar en la historia clínica la informaciòn de la intervenciòn al paciente, plan de cuidados de enfermeria, simultánea o inmediatamente después de su realizaciòn, con Integralidad, secuencialidad, racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Protecciòn Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolucion 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique,sustituya).4). Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de enfermeria y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.5) Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud, así como la consolidación de información para la trazabilidad de indicadores de la salud. 6) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.

| PLAZO INICIAL DE EJECUCIÓN: | FECHA DE INICIO: | FECHA DE TERMINACIÓN: |
|---|---|---|
| 243 DIAS | 21/01/2025 | 20/09/2025 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO: | VALOR FINAL DEL CONTRATO: |
|---|---|
| $ 14.930.592 | $ 14.930.592 |
| **VALOR TOTAL ADICIONES:** | **TOTAL PRÓRROGAS:** |
| $ - | 0 |
| **FECHA HASTA CUANDO PRESTÓ ACTIVIDADES** | **TERMINACIÓN DEL OBJETO CONTRACTUAL** |
| 13/05/2025 | 20/09/2025 |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | **ÁREA O DEPENDENCIA:** |
| GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA | CONSULTA EXTERNA |

**BALANCE PRESUPUESTAL**

| | VALORES |
|---|---|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO: | $ 14.930.592 |
| VALOR TOTAL EJECUTADO: | $ 7.184.344 |
| VALOR PAGADO AL CONTRATISTA: | $ 7.184.344 |
| VALOR A FAVOR DEL CONTRATISTA: | $ - |
| SALDO A LIBERAR: | $ 7.746.248 |

**JUSTIFICACIÓN**

Describa el motivo de la solicitud de liberación de saldo en forma clara y precisa:

SE AUTORIZA LA LIBERACION DE SALDOS POR TERMINACION ANTICIPADA DEL CONTRATRO SIN SALDOS A FAVOR DEL CONTRATISTA.

**FIRMA**

Bajo mi responsabilidad certifico la veracidad de los datos consignados

| | |
|---|---|
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA |
| **FIRMA:** | |
| **VISTO BUENO DIRECTOR/JEFE OFICINA** | |