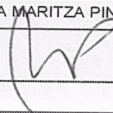


 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	ACTA DE TERMINACIÓN Y CIERRE CONTRATO POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CO-OPS-FT-16 V2

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA	NOMBRES Y APELLIDOS:		DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	
	CASTELLANOS CASALLAS LILIANA MARCELA		1010180026	
	DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN:		MUNICIPIO:	
	Diagonal 5a # 37b 60 Torre 14a Apto 102		BOGOTÁ	
	TELÉFONO:	CELULAR:	CORREO ELECTRÓNICO	
		3134187274	margela16@hotmail.com	
INFORMACIÓN DEL CONTRATO	No. CONTRATO:		OBJETO DEL CONTRATO	
	3378-2025		PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO DE APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA EN LAS ÁREAS ASIGNADAS POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
	1. Realizar el apoyo administrativo y operativo de los diferentes programas, convenios contratos asignados a la dirección de los servicios ambulatorios. 2. Articular las acciones administrativas y asistenciales para la adecuada prestación de los servicios relacionadas con la implementación de los programas, convenios y contratos de la dirección de servicios ambulatorios. 3. Hacer seguimiento al talento humano de los programas, convenios y contratos de la dirección de servicios ambulatorios. 4. Realizar informes de seguimiento de manera mensual de acuerdo las necesidades de los programas, convenios y contratos de la dirección de servicios ambulatorios. 5. Gestionar las solicitudes de certificaciones de contratos, soportes de pago, y otros requerimientos de personal asistencial (ops) de los diferentes programas, convenios, contratos. 6. Gestionar las solicitudes de certificaciones de contratos, soportes de pago, y otros requerimientos de personal asistencial (ops) de las diferentes unidades de las Subred. 7. Atender las necesidades administrativas que se presenten por cualquier eventualidad de los diferentes programas, convenios, contratos y dar aviso a la dirección y/o subgerencia de la subred que corresponda. 9. Apoyar las líneas de habilitación y acreditación relacionadas con la dirección de ambulatorios. 10. Dar trámite y respuestas a los requerimientos, peticiones quejas del servicio y de los procesos asignados. 11. Realizar los acompañamientos a los entes de control cuando sean requeridos de acuerdo con la pertinencia. 12. Realizar acciones para gestionar los indicadores de eficiencia, efectividad del servicio y/o proceso a cargo. 13. Gestionar la prestación de los servicios con pertenencia, oportunidad seguridad y suficiencia. 14. Apoyar con la elaboración y velar por el implemento de los formatos, protocolos guías, procedimientos de la subred y generar adherencia por parte del servicio y/o proceso a cargo, garantizando las normas universales de bioseguridad. 15. Apoyar la identificación, caracterización, inscripción, manejo seguimiento y canalización y usuarios a las diferentes rutas de atención en salud, así como la consolidación de información para la trazabilidad de indicadores de la salud. 16. Apoyar y/o supervisar los contratos que le sean asignados. 17. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.			
	PLAZO INICIAL DE EJECUCIÓN:		FECHA DE INICIO:	FECHA DE TERMINACIÓN:
	241 DIAS		23/01/2025	20/09/2025
	VALOR INICIAL DEL CONTRATO:		VALOR FINAL DEL CONTRATO:	
	\$ 44.553.600		\$ 44.553.600	
	VALOR TOTAL ADICIONES:		TOTAL PRÓRROGAS:	
	\$ -		0	
	FECHA HASTA CUANDO PRESTÓ ACTIVIDADES		TERMINACIÓN DEL OBJETO CONTRACTUAL	
	16/07/2025		20/09/2025	
	NOMBRE DEL SUPERVISOR:		ÁREA O DEPENDENCIA:	
	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA		CONSULTA EXTERNA	
BALANCE PRESUPUESTAL			VALORES	
	VALOR TOTAL DEL CONTRATO:		\$	44.553.600
	VALOR TOTAL EJECUTADO:		\$	32.487.000
	VALOR PAGADO AL CONTRATISTA:		\$	32.487.000
	VALOR A FAVOR DEL CONTRATISTA:		\$	-
	SALDO A LIBERAR:		\$	12.066.600
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 CONTRATO 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			