



E.S.E  
CENTRO DE SALUD SUCRE

**ACTA DE TERMINACIÓN Y RECIBO FINAL**

|                                       |   |     |     |                  |     |     |                  |     |     |
|---------------------------------------|---|-----|-----|------------------|-----|-----|------------------|-----|-----|
| <b>CLASE DE CONTRATO</b>              | PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES   |     |     |                  |     |     |                  |     |     |
| <b>NUMERO DEL CONTRATO</b>            | 049 -2025   |     |     |                  |     |     |                  |     |     |
| <b>CONTRATISTA</b>                    | LINA PIEDAD PARRA MUÑOZ   |     |     |                  |     |     |                  |     |     |
| <b>IDENTIFICACION DEL CONTRATISTA</b> | 1.095.486.544 de Florian Santander  |     |     |                  |     |     |                  |     |     |
| <b>SUPERVISOR</b>                     | DIANA YORLEN MARIN RUIZ   |     |     |                  |     |     |                  |     |     |
| <b>INTERVENTOR</b>                    | NO APLICA   |     |     |                  |     |     |                  |     |     |
| <b>OBJETO DEL CONTRATO</b>            | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) JEFE PARA LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD DE LA ESE CENTRO DE SALUD DE SUCRE SANTANDER, DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN LA RESOLUCIÓN 00001397 DEL 6 DE AGOSTO DE 2024 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. |     |     |                  |     |     |                  |     |     |
| <b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>     | DIECIOCHO MILLONES DE PESOS M/CTE (\$ 18.000.000).  |     |     |                  |     |     |                  |     |     |
| <b>FECHA DE INICIO</b>                | 04 DE JUNIO 2025  |     |     |                  |     |     |                  |     |     |
| <b>FECHA DE TERMINACION INICIAL:</b>  | 31 DE AGOSTO 2025   |     |     |                  |     |     |                  |     |     |
| <b>PRORROGAS SUSCRITAS</b>            | 1   |     |     | 2                |     |     | 3                |     |     |
|                                       | DIA   | MES | AÑO | DIA              | MES | AÑO | DIA              | MES | AÑO |
|                                       | PLAZO ADICIONADO  |     |     | PLAZO ADICIONADO |     |     | PLAZO ADICIONADO |     |     |
|                                       | N/A   |     |     | N/A              |     |     | N/A              |     |     |
| <b>ADICIONES SUSCRITAS</b>            | 1   |     |     | 2                |     |     | 3                |     |     |
|                                       | DIA   | MES | AÑO | DIA              | MES | AÑO | DIA              | MES | AÑO |
|                                       | VALOR ADICIONADO  |     |     | VALOR ADICIONADO |     |     | VALOR ADICIONADO |     |     |
|                                       | N/A   |     |     | N/A              |     |     | N/A              |     |     |
| <b>VALOR DEL CONTRATO</b>             | DIECIOCHO MILLONES DE PESOS M/CTE (\$ 18.000.000)   |     |     |                  |     |     |                  |     |     |

Carrera 4 # 7 - 36

+57 320 3030628

contactenos@esehospitallocaldesucresucresantander.gov.co



**"Atención segura, atención de confianza."**



**E.S.E**

CENTRO DE SALUD SUCRE

|   |                                      |     |     |            |     |     |            |     |     |
|---|--------------------------------------|-----|-----|------------|-----|-----|------------|-----|-----|
| TENIENDO EN CUENTA ADICIONALES EN VALOR   |                                      |     |     |            |     |     |            |     |     |
| CDP INICIAL No.   | No. 25-00114 del 04 de junio de 2025 |     |     |            |     |     |            |     |     |
| RP INICIAL No.  | No.25-00257 del 04 de junio de 2025  |     |     |            |     |     |            |     |     |
| CDP ADICIONALES   | 1                                    |     |     | 2          |     |     | 3          |     |     |
|   | DIA                                  | MES | AÑO | DIA        | MES | AÑO | DIA        | MES | AÑO |
|   | NUMERO CDP                           |     |     | NUMERO CDP |     |     | NUMERO CDP |     |     |
|   | N/A                                  |     |     | N/A        |     |     | N/A        |     |     |
| RP ADICIONALES  | 1                                    |     |     | 2          |     |     | 3          |     |     |
|   | DIA                                  | MES | AÑO | DIA        | MES | AÑO | DIA        | MES | AÑO |
|   | NUMERO RP                            |     |     | NUMERO RP  |     |     | NUMERO RP  |     |     |
|   | N/A                                  |     |     | N/A        |     |     | N/A        |     |     |
| ACTAS DE SUSPENSION   | 1                                    |     |     | 2          |     |     | 3          |     |     |
|   | DIA                                  | MES | AÑO | DIA        | MES | AÑO | DIA        | MES | AÑO |
| ACTAS DE REINICIO   | 1                                    |     |     | 2          |     |     | 3          |     |     |
|   | DIA                                  | MES | AÑO | DIA        | MES | AÑO | DIA        | MES | AÑO |
| FECHA PROGRAMADA DE TERMINACION TENIENDO EN CUENTA ADICIONALES EN PLAZO, SUSPENSIONES Y REINICIOS | AGOSTO 31 DE 2025                    |     |     |            |     |     |            |     |     |
| FECHA DE TERMINACION ANTICIPADA   | N / A                                |     |     |            |     |     |            |     |     |

El día treinta y uno (31) del mes de agosto del año dos mil veinticinco (2025), se reunieron, de una parte la Dra **DIANA YORLEN MARIN RUIZ**, en su condición SUPERVISORA del contrato arriba señalado, de la otra la Dra. **LINA PIEDAD PARRA MUÑOZ**, mayor de edad e identificada con la Cédula No. 1.095.486.544 de Florián Santander, en calidad de Contratista, con el propósito de suscribir el **ACTA DE RECIBO FINAL Y TERMINACION** del Contrato de 049 -2025, por cuanto se han cumplido los requisitos necesarios para su culminación.

Carrera 4 # 7 - 36

+57 320 3030628

contactenos@esehospitallocaldesucre-sucre-santander.gov.co





**E.S.E**

CENTRO DE SALUD SUCRE

### 1. PAGOS EFECTUADOS POR LA ESE

| DESCRIPCION | AMORTIZACION ANTICIPO | VALOR PAGADO |
|-------------|-----------------------|--------------|
| Pago N° 1   | 0,00                  | \$6.000.000  |
| Pago N° 2   | 0,00                  | \$6.000.000  |
| TOTAL       | 0,00                  | \$12.000.000 |

### 2. PAGOS PENDIENTES POR REALIZAR A FAVOR DEL CONTRATISTA

| DESCRIPCION | AMORTIZACION ANTICIPO | VALOR ADEUDADO |
|-------------|-----------------------|----------------|
| Pago N° 3   | 0,00                  | \$6.000.000    |
| TOTAL       | 0,00                  | \$6.000.000    |

### 3. CANTIDADES O ACTIVIDADES FINALES EJECUTADAS

Durante el plazo contractual, el contratista realizó las siguientes actividades en cumplimiento del objeto contractual:

#### CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS U OBLIGACIONES

1. Brindar apoyo en la elaboración del plan de trabajo y cronograma para el despliegue de los equipos básicos, **entregable:** plan de trabajo y cronograma de operación.
2. Coordinar la planeación de las operaciones mensuales de los equipos por los perfiles de los profesionales y auxiliares, **entregable:** cronograma mensual de las actividades como se contempla en el anexo 3,4,5 de los lineamientos dispuestos por El Ministerio de Salud y la Protección Social.
3. Definición de microterritorios **entregable:** mapas con la identificación de los microterritorios donde operan los EBS.
4. Realizar mapeo y cartografía social de los territorios de abordaje y de primer contacto con las comunidades de cada micro territorio **entregable:** informe de mapeo, cartografía social abordaje en el microterritorio que incluya registro fotográfico y lista de asistencia.
5. Informar en la comunidad las acciones que se desarrollaran con los equipos básicos por medios masivos de comunicación y redes sociales.
6. Identificar personas no afiliadas al sistema de salud y gestionar el trámite de afiliación.
7. Apoyar en la valoración de primer contacto de acuerdo con los siguientes instrumentos: a) familiograma b) APGAR familiar c) escala de sobrecarga del cuidador

Carrera 4 # 7 - 36

+57 320 3030628

contactenos@esehospitallocaldesucre-sucre-santander.gov.co





CENTRO DE SALUD SUCRE

- de ZARITH y d) eco mapa. **Entregable:** Fomulario de caracterización que contenga los instrumentos según la resolución 3280 de 2018.
8. Apoyar la Identificar las condiciones de salud de los miembros de la familia y los hogares, haciendo uso de los dispositivos médicos asignados **entregable:** Plan integral de cuidado primario individual, familiar y comunitario integrado a la historia.
  9. Apoyar la identificación de las prioridades de respuesta individual, familiar y comunitaria por edad, sexo, genero, etnia entre otras, características pertinentes por microterritorio asignado **Entregable:** verificación Plan integral de cuidado primario individual, familiar y comunitario integrado a la historia clínica.
  10. Gestionar la prestación de los servicios de salud (promoción de la salud-educación, prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación y cuidados paleativos) de acuerdo con las necesidades identificadas, realizando las canalizaciones a las diferentes modalidades.
  11. Apoyar la demanda de servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública y aquellas que ocasionen un alto impacto en salud publica **entregable:** instrumentos de canalización diligenciado.
  12. Gestionar el traslado a instituciones de salud que requieren remisión urgente a partir de lo identificado en la atención en salud **Entregable:** Bitácora de remisión.
  13. Brindar educación para la salud e información orientada a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, identificación de signos de alarma y adopción de prácticas de cuidado de si mismos, de los demás entornos y su entorno **Entregable:** Plan integral de cuidado primario individual, familiar y comunitario integrado a la historia clínica.
  14. Informar a las familias sobre el portafolio de servicios de salud y de otros sectores de acuerdo a sus necesidades. **Entregable:** Plan integral de cuidado primario individual, familiar y comunitario integrado a la historia clínica.
  15. Canalizar a la oferta de servicios brindada por otros sectores en el territorio conforme a la prioridades y necesidades sociales de la salud identificadas, **Entregable:** Instrumento de canalización diligenciado.
  16. Digitalizar los instrumentos que sean diligenciados de forma manual en la herramienta que defina el ministerio de salud y protección social para tal fin **Entregable:** instrumento digitalizado en las herramientas de APS del MSPS.
  17. Convocar, implementar y realizar seguimiento a espacios de participación social y popular por cada una de las veredas-barríos y microterritorios abordados por el equipo, **Entregable:** registro de participación, documentos instrumentos digitalizados en la herramienta de APS dispuesta por el MSPS.
  18. Convocar y coordinar mesa de trabajo con las EPS para socializar aspectos relacionados con la operación de los equipos básicos de salud y la complementariedad de sus acciones en el marco de las redes de prestación de servicios de salud habilitados en el territorio. **Entregable:** Actas de reunión y listas de asistencia.
  19. Comités mensuales de seguimiento con las EPS y entidad territorial para el análisis de la efectividad de la atención en la red de prestación de servicios y superación de barreras identificadas en la operación de los equipos básicos de salud **Entregable:** Actas de reunión y listas de asistencia.
  20. Mesa de trabajo y concertación con la entidad territorial municipal para socializar aspectos relacionados con la operación de los equipos básicos de salud y la

Carrera 4 # 7 - 36

+57 320 3030628

contactenos@esehospitallocaldesucre-sucre-santander.gov.co





CENTRO DE SALUD SUCRE

complementariedad de sus acciones con la oferta institucional **Entregable:** Actas de reunión y listas de asistencia.

21. Comités mensuales de seguimiento con entidad territorial para el análisis de la efectividad de la atención en la oferta de servicios de otros sectores y la superación de barreras identificadas en la operación de los equipos básicos en salud **Entregable:** Actas de reunión y listas de asistencia.

#### 4. CONSIDERACIONES

Que el día 04 de junio de 2025, entre la **E.S.E. CENTRO DE SALUD DE SUCRE** y **LINA PIEDAD PARRA MUÑOZ** Identificada con CC No.1.095.486.544 de Florián, suscribió el Contrato N°. **049-2025** cuyo objeto fue **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) JEFE PARA LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD DE LA ESE CENTRO DE SALUD DE SUCRE SANTANDER, DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN LA RESOLUCIÓN 00001397 DEL 6 DE AGOSTO DE 2024 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL"**

1. Que el valor inicial del contrato se estimó en la suma de **DIECIOCHO MILLONES DE PESOS M/CTE (\$ 18.000.000)**.
2. Que se fijó un plazo inicial de **HASTA EL 31 DE AGOSTO DE 2025**, para la ejecución del contrato, a partir de la firma del Acta de Inicio, previo cumplimiento de los requisitos de ejecución; Cuya Acta de Inicio fue suscrita el día **04 de junio del 2025**.
3. Que el contratista cumplió con el **100%** del presupuesto ejecutable de conformidad al **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N°. 049 - 2025**.
4. Que la fecha de finalización del contrato se estableció el 31 de agosto de 2025.
5. Que el **CONTRATO N°. 049-2025**, en su forma de pago contempla La ESE Centro de Salud de Sucre, pagara las obligaciones derivadas del contrato, a previa entrega del cumplimiento de sus actividades según la fecha pactada o indicada por el contratante, previa presentación por parte del contratista de las actas de recibido de entrega, a entera satisfacción de ejecución; factura y/o documento equivalente debidamente diligenciado ante la oficina pagadora; constancia de encontrarse a paz y salvo en seguridad social y/o parafiscales; certificación expedida por parte del supervisor designado. El contratista deberá acreditar que se encuentran al día en el pago de aportes parafiscales relativos al Sistema de seguridad Social Integral, así como los propios del Sena, ICBF y Cajas de Compensación Familiar. Así mismo deberá aportarse dicha acreditación para la realización del pago derivado del contrato, lo cual será verificado por el supervisor del contrato.
6. Que por parte del contratista se cumplió con el objeto contractual al 100%, hasta la fecha de suscripción de la presente acta tal y como consta en los informes de supervisión adjuntos y que avalan el cumplimiento satisfactorio del contrato.
7. El contratista asume la responsabilidad por reclamos, demandas y acciones legales que se encuentren en trámite o que se adelanten en contra de la **ESE CENTRO DE SALUD SUCRE**, NIT 804.008.746-9, por motivos que le sean imputables, según lo establecido en el **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS N°. 049 – 2025**.

Carrera 4 # 7 - 36

+57 320 3030628

contactenos@esehospitallocaldesucresucresantander.gov.co

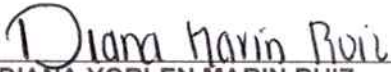



Que las partes realizaran liquidación del contrato en acta adicional

### 8. ACUERDOS

Las partes de común acuerdo establecen o pactan como fecha de terminación del CONTRATO de Prestación de Servicios de Apoyo a la Gestión No. 049-2025 cuyo objeto es "PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) JEFE PARA LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD DE LA ESE CENTRO DE SALUD DE SUCRE SANTANDER, DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN LA RESOLUCIÓN 00001397 DEL 6 DE AGOSTO DE 2024 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.", el día treinta y uno (31) de agosto de 2025

La presente acta es firmada por la que en ella intervinieron el día treinta y uno (31) días de agosto de dos mil veinticinco (2025).

|  |   |
|--|---|
| SUPERVISOR DESIGNADO,  | CONTRATISTA,  |
|  |  |
| <u>DIANA YORLEN MARIN RUIZ</u>   | <u>LINA PIEDAD PARRA MUÑOZ</u>  |
| C.C. No. 1.030.612.879 de Bogotá   | C.C No.1.095.486.544 de Florián Santander   |

Carrera 4 # 7 - 36

+57 320 3030628

contactenos@esehospitallocaldesucre-sucre-santander.gov.co

