
	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:		
	CASTILLO CONTRERAS JAVIER AUGUSTO		79488188		
	DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN:		MUNICIPIO:		
	CARRERA 21 # 80 - 53 (Casa - Barrio Polo Club - Bogotá)		BOGOTA		
	TELÉFONO:	CELULAR:	CORREO ELECTRÓNICO		
	3090000000	3090000000	javiercastillo@yahoo.es		
INFORMACIÓN DEL CONTRATO	No. CONTRATO:	OBJETO DEL CONTRATO			
	3294-2025	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL EN LAS ÁREAS ASIGNADAS POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E			
	OBLIGACIONES CONTRACTUALES				
	<p>1). Prestar servicios de perfil Médico(a) Especializado(a) 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 Garantía 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 toda la información del acto médico, de forma veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas, distintas las internacionalmente aprobadas), simultánea o inmediatamente después de su realización, con Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolución 1985/1998, 838/2017 norma que la modifique o sustituya).4). Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de medicina y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado, estadísticas vitales, MIPRES, 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). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.7). Valorar (evaluar), diagnosticar, definir plan de tratamiento médico acorde al cuadro clínico del paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso y/o seguimiento ambulatorio.8). Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evolución, riesgo, complicación del cuadro clínico objeto de tratamiento.9). Cumplir las metas de producción acordadas con el supervisor de contrato para efectos de actividades y/o productos de servicio especializado conforme a los lineamientos pactados entre los pagadores y la LA SUBRED SUR E.S.E.10) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.</p>				
	PLAZO INICIAL DE EJECUCIÓN:		FECHA DE INICIO:		FECHA DE TERMINACIÓN:
	243 DÍAS		21/01/2025		20/09/2025
	VALOR INICIAL DEL CONTRATO:			VALOR FINAL DEL CONTRATO:	
	\$ 135.178.848			\$ 198.952.740	
	VALOR TOTAL ADICIONES:			TOTAL PRÓRROGAS:	
	\$ 63.773.892			4	
	FECHA HASTA CUANDO PRESTÓ ACTIVIDADES			TERMINACIÓN DEL OBJETO CONTRACTUAL	
	31/01/2026			31/01/2026	
NOMBRE DEL SUPERVISOR:			ÁREA O DEPENDENCIA:		
SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZÁLEZ			DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS		
BALANCE PRESUPUESTAL	VALOR TOTAL DEL CONTRATO:		VALORES		
	\$ 135.178.848		\$	198.952.740	
	VALOR TOTAL EJECUTADO:		\$	197.317.512	
	VALOR PAGADO AL CONTRATISTA:		\$	197.317.512	
	VALOR A FAVOR DEL CONTRATISTA:		\$	-	
SALDO A LIBERAR:		\$	1.635.228		
JUSTIFICACIÓN	Describe el motivo de la solicitud de liberación de saldo en forma clara y precisa:				
	SE AUTORIZA LA LIBERACIÓN DE SALDOS SIN SALDOS A FAVOR DEL CONTRATISTA				
FIRMA	Bajo mi responsabilidad certifico la veracidad de los datos consignados				
	NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ			
	FIRMA:				
VISTO BUENO DIRECTOR/JEFE OFICINA					