


411

	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:	
	DELACRUZ QUIJANO NESTOR		3736455	
	DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN:		MUNICIPIO:	
	CARRERA 53C NO 131A-10 TORRE 3 APTO 702		BOGOTA	
	TELÉFONO:	CELULAR:	CORREO ELECTRÓNICO	
	3204885082	3204885082	nestordlc30@hotmail.com	

INFORMACIÓN DEL CONTRATO	No. CONTRATO:	OBJETO DEL CONTRATO
	3312-2025	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		

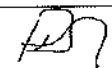
1). Prestar servicios de perfil Médico(a) Especializado(a) acorde con la Lex Artis, según necesidad de LA SUBRED SUR E.S.E, de acuerdo a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSS), Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.2). Realizar actividades 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 define el Ministerio de Salud y Protección Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolución 1995/1969, 839/2017 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.

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:	
\$ 134.489.904	\$ 134.489.904	
VALOR TOTAL ADICIONES:	TOTAL PRÓRROGAS:	
\$ -	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 GONZALEZ	DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS	

BALANCE PRESUPUESTAL	VALORES	
	VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	\$ 134.489.904
	VALOR TOTAL EJECUTADO:	\$ 128.705.392
	VALOR PAGADO AL CONTRATISTA:	\$ 128.705.392
	VALOR A FAVOR DEL CONTRATISTA:	\$ -
	SALDO A LIBERAR:	\$ 5.784.512

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		