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-18 V2

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA

NOMBRES Y APELLIDOS:		DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:
ROJAS RIVERA SANDRA VIVIANA		1022966322
DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN:		**MUNICIPIO:**
Diagonal 134a sur # 12a 09		BOGOTA
TELÉFONO:	**CELULAR:**	**CORREO ELECTRÓNICO**
3124299434	3124299434	sandra8.8@hotmail.com

INFORMACIÓN DEL CONTRATO

No. CONTRATO:	OBJETO DEL CONTRATO
3402-2025	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 Técnico Profesional en Salud Oral 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 (SGSSS), Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.2). Realizar el plan de tratamiento de promoción y prevención al paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso y/o seguimiento ambulatorio bajo los principios del modelo de atención institucional 3.). 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.4). Registrar en la historia clínica la información de la intervención al paciente, plan de cuidados de salud oral, 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 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique, sustituya).5). Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de salud oral y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad. 6) 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 (Generación de informes solicitados confiables, oportunos, remisión listas chequeo seguras, consentimientos informados, causas de inatención e inasistencias, sisveso, entre otros. 7) Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente. 8). Cumplir con los procesos de bioseguridad en salud oral acorde a la documentación institucional. 9). Realizar gestión de agendas del servicio de odontología. 10). Participación activa en procesos de habilitación, acreditación, certificación IAMI, ULC con diligenciamiento listas asistencia, pre y postest de apropiación de conocimiento. 11) 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	$ 24.412.640
VALOR TOTAL ADICIONES:	**TOTAL PRÓRROGAS:**
$ 9.482.048	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:	$ 24.412.640
VALOR TOTAL EJECUTADO:	$ 24.402.064
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA:	$ 24.402.064
VALOR A FAVOR DEL CONTRATISTA:	$ -
SALDO A LIBERAR:	$ 10.576

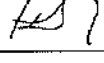
JUSTIFICACIÓN

Describa 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	