
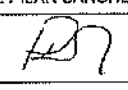


|  |  |                        |
|--|--|------------------------|
| <br><b>ALCALDE MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br><small>SECRETARÍA DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO ECONÓMICO</small> | <b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.</b>                 |                        |
|  | <b>ACTA DE TERMINACIÓN Y CIERRE CONTRATO POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b> | <b>CO-OPS-FT-16 V2</b> |

28

|  |  |   |                                     |                              |  |
|--|--|---|-------------------------------------|------------------------------|--|
| <b>INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA</b>   | <b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>  |   | <b>DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:</b> |                              |  |
|  | HERRERA CUERVO LEIDY JOHANNA   |   | 1022948383                          |                              |  |
|  | <b>DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN:</b>  |   | <b>MUNICIPIO:</b>                   |                              |  |
|  | calle 137 b sur # 13-60  |   | BOGOTÁ                              |                              |  |
|  | <b>TELÉFONO:</b>   | <b>CELULAR:</b>   | <b>CORREO ELECTRÓNICO</b>           |                              |  |
|  | 3144882078   | 3144882078  | johis18.jh@gmail.com                |                              |  |
| <b>INFORMACIÓN DEL CONTRATO</b>              | <b>No. CONTRATO:</b>   | <b>OBJETO DEL CONTRATO</b>  |                                     |                              |  |
|  | 5272-2025  | 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 |                                     |                              |  |
|  | <b>OBLIGACIONES CONTRACTUALES</b>  |   |                                     |                              |  |
|  | <p>1). Prestar servicios de perfil Técnico Profesional en Salud Oral acorde con la Lex Artís, 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 inasistencia e inasistencias, síeseso, entre otros. 7) Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normalidad 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 (AMII, ULC con diligenciamiento listas asistencia, pre y post de apropiación de conocimiento. 11) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.</p> |   |                                     |                              |  |
|  | <b>PLAZO INICIAL DE EJECUCIÓN:</b>   |   | <b>FECHA DE INICIO:</b>             | <b>FECHA DE TERMINACIÓN:</b> |  |
|  | 153 DIAS   |   | 01/04/2025                          | 31/08/2025                   |  |
|  | <b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO:</b>   |   | <b>VALOR FINAL DEL CONTRATO:</b>    |                              |  |
|  | \$ 10.033.342  |   | \$ 20.202.069                       |                              |  |
|  | <b>VALOR TOTAL ADICIONES:</b>  |   | <b>TOTAL PRÓRROGAS:</b>             |                              |  |
|  | \$ 10.166.727  |   | 4                                   |                              |  |
| <b>FECHA HASTA CUANDO PRESTÓ ACTIVIDADES</b> |  | <b>TERMINACIÓN DEL OBJETO CONTRACTUAL</b>   |                                     |                              |  |
| 31/01/2026                                   |  | 31/01/2026  |                                     |                              |  |
| <b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>                |  | <b>ÁREA O DEPENDENCIA:</b>  |                                     |                              |  |
| SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ             |  | DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS   |                                     |                              |  |
| <b>BALANCE PRESUPUESTAL</b>                  | <b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO:</b>   |   | <b>VALORES</b>                      |                              |  |
|  | \$ 20.202.069  |   | \$ 20.202.069                       |                              |  |
|  | <b>VALOR TOTAL EJECUTADO:</b>  |   | \$ 20.191.493                       |                              |  |
|  | <b>VALOR PAGADO AL CONTRATISTA:</b>  |   | \$ 20.191.493                       |                              |  |
|  | <b>VALOR A FAVOR DEL CONTRATISTA:</b>  |   | \$ -                                |                              |  |
| <b>SALDO A LIBERAR:</b>                      |  | \$ 10.576   |                                     |                              |  |
| <b>JUSTIFICACIÓN</b>                         | Describa el motivo de la solicitud de liberación de saldo en forma clara y precisa:<br><br><p style="text-align: center;">SE AUTORIZA LA LIBERACIÓN DE SALDOS SIN SALDOS A FAVOR DEL CONTRATISTA</p>   |   |                                     |                              |  |
|  | <p style="text-align: center;">Bajo mi responsabilidad certifico la veracidad de los datos consignados</p>   |   |                                     |                              |  |
| <b>FIRMA</b>                                 | <b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>  | SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ  |                                     |                              |  |
|  | <b>FIRMA:</b>  |   |                                     |                              |  |
|  | <b>VISTO BUENO DIRECTOR/JEFE OFICINA</b>   |   |                                     |                              |  |