

	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:	
	VILLALOBOS ORTIZ JOSE ALEJANDRO		1007399729	
	DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN:		MUNICIPIO:	
	av cra 54 # 48 - 88 sur		BOGOTA	
	TELÉFONO:	CELULAR:	CORREO ELECTRÓNICO	
3003514096	3003514096	alejo1117villa@gmail.com		
INFORMACIÓN DEL CONTRATO	No. CONTRATO:		OBJETO DEL CONTRATO	
	8252-2025		PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO 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 Odontólogo(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 (SGSSS), Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes. 2). Valorar, diagnosticar, definir plan de tratamiento odontológico al paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso y/o seguimiento ambulatorio. Adhiriéndose al 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). 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. 5). Registrar en la Historia Clínica toda la información del acto odontológico, procedimientos y cuidados de salud oral, de manera 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 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique, sustituya). 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 (Informe mensual, diligenciamiento drive, planillas jornadas, Informe de radiología, Informe causas de inasistencia o no atención, listas de chequeo segura. 7) Obtener resultados en auditorías de adherencia guías de práctica clínica, registro clínico, iguales o mayores a 90%. 8) Cumplir las metas de tratamiento resolutivo, P y D, sísveso. 9). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente. 10) Participación activa en procesos de habilitación, acreditación, certificación IAMI, ULC. 11) Diligenciamiento de planillas de asistencia, test de apropiación del conocimiento. 12) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.			
	PLAZO INICIAL DE EJECUCIÓN:		FECHA DE INICIO:	
	28 DIAS		04/08/2025	
	FECHA DE TERMINACIÓN:		31/08/2025	
	VALOR INICIAL DEL CONTRATO:		VALOR FINAL DEL CONTRATO:	
	\$ 3.502.727		\$ 22.235.054	
	VALOR TOTAL ADICIONES:		TOTAL PRÓRROGAS:	
\$ 18.732.327		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:		\$ 22.235.054	
	VALOR TOTAL EJECUTADO:		\$ 21.871.868	
	VALOR PAGADO AL CONTRATISTA:		\$ 21.871.868	
	VALOR A FAVOR DEL CONTRATISTA:		\$ -	
	SALDO A LIBERAR:		\$ 363.186	
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:			
/ISTO BUENO DIRECTOR/JEFE OFICINA				