

 ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA	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:	
	JUANIAS SANDOVAL PAULA ANDREA		1030702039	
	DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN:		MUNICIPIO:	
	CRA 72 K # 40-06 SUR		BOGOTÁ	
	TELÉFONO:	CELULAR:	CORREO ELECTRÓNICO	
	3209690122	3209690122	paulajuanias26@gmail.com	
INFORMACIÓN DEL CONTRATO	No. CONTRATO:		OBJETO DEL CONTRATO	
	6599-2025		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 (profesional de apoyo terapéutico) 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 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 de la atención terapéutica, 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 o sustituya). 4). Apoyar la elaboración, actualización de formularios, protocolos, guías, procedimientos de apoyo terapéutico y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado 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) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales. 10. Realizar de manera oportuna y eficaz las obligaciones con el objetivo de garantizar la adecuada atención de pacientes de una manera eficiente y altamente humanizada, apoyando y gestionando de manera constante en el marco del convenio 5138961 2023 cuyo objeto es "Aunar esfuerzos administrativos, técnicos y financieros de la Subred de Servicios Integrada de Salud Sur E.S.E. para fortalecer la ruralidad en el marco de modelo de salud"			
	PLAZO INICIAL DE EJECUCIÓN:		FECHA DE INICIO:	FECHA DE TERMINACIÓN:
	39 DIAS		23/09/2025	31/10/2026
	VALOR INICIAL DEL CONTRATO:		VALOR FINAL DEL CONTRATO:	
	\$ 4.878.799		\$ 15.455.582	
	VALOR TOTAL ADICIONES:		TOTAL PRÓRROGAS:	
	\$ 10.576.783		3	
FECHA HASTA CUANDO PRESTÓ ACTIVIDADES		TERMINACIÓN DEL OBJETO CONTRACTUAL		
30/01/2026		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:		\$	15.455.582
	VALOR TOTAL EJECUTADO:		\$	14.951.157
	VALOR PAGADO AL CONTRATISTA:		\$	14.951.157
	VALOR A FAVOR DEL CONTRATISTA:		\$	-
SALDO A LIBERAR:		\$	504.425	
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			
	Bajo mi responsabilidad certifico la veracidad de los datos consignados			
FIRMA	NOMBRE DEL SUPERVISOR:		SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ	
	FIRMA:			
	VISTO BUENO DIRECTOR/JEFE OFICINA			