| | | |
|---|---|---|
| Secretaría de Salud Subred Sur Occidente E.S.E. | **DESIGNACION DE SUPERVISION DE CONTRATO** | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Sur Occidente E.S.E. |

**DE:** **BERTHA LUCIA MORA QUIÑONES**
**Subgerente Prestación de Servicios de Salud**
**Ordenador del Gasto**

**PARA:** **MARIA DEL PILAR CUELLO HERRERA**
**Odontólogo**

**ASUNTO:** **Designación Supervisión Contrato de prestación de Servicios**

Me permito comunicarle, que luego de evaluar su experiencia, conocimiento y/o relación específica con el servicio contratado, en lo que respecta al cumplimiento de la misión y visión de la institución, al igual que el análisis previo realizado a la carga operativa o suficiencia de personal de planta para la designación de la supervisión, se le ha designado como **SUPERVISOR** del **contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión No. 677-2025, relacionado en el documento adjunto previamente informado por el Director de servicios o Supervisor quien realiza la entrega del contrato en mención.**

En virtud a la designación realizada, es preciso recordarle que de conformidad con lo establecido en la Resolución No. 449 del 13 de junio de 2025, ***"Por medio de la cual se expide el Manual de Supervisión e Interventoría de la Subred Sur Occidente E.S.E."***, se le han atribuido una serie de Facultades, Funciones Administrativas, Funciones Financieras y Contables; todas ellas encaminadas a que la supervisión encomendada se desarrolle de manera organizada y acorde a la normatividad vigente y a los manuales que rigen la materia

Para mayor claridad sobre los aspectos que comprenden cada una de las funciones administrativas, técnicas y financieras atribuidas, así como las facultades con la que se le han investido, en el siguiente enlace encontrara la Resolución en mención para su consulta:

https://subredsuroccidente.gov.co/normativa-entidad/2025/Resolucion_No.449_del_13_junio_2025.pdf

Tenga en cuenta que como supervisor está en la obligación de ejercer control y vigilancia en la ejecución contractual del contrato asignado.

De la presente designación tiene conocimiento la Subgerencia Corporativa.

Cordialmente,

**BERTHA LUCIA MORA QUIÑONES**
Subgerente Prestación de Servicios de Salud
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

Este documento se legaliza a partir de la fecha de la solicitud adjunta, con publicación electrónica de la misma en el ítem de ejecución del presente contrato.

BOGOTÁ | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

**NOTA INTERNA**
SSO-2025-300-005336-3

Bogotá, 22 de septiembre de 2025

DE: **BERTHA LUCIA MORA QUIÑONES**
SUBGERENTE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
SUBGERENCIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

PARA **GUSTAVO ANDRES LOBO GARRIDO**
DIRECTOR DE CONTRATACION
DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN

Asunto: Solicitud de cambio de supervisión – Contratista Natalia Gaona Pérez (Contrato No. 677-2025)

Cordial saludo.

Por medio del presente, me permito solicitar el cambio de supervisión de la contratista Natalia Gaona Pérez, identificada con el contrato No. 677-2025.

Actualmente, la contratista desarrolla sus actividades en el Hospital de Bosa – Consulta Externa, bajo mi supervisión (Michael David Gómez Reyes). No obstante, a partir del mes de octubre de 2025, la contratista prestará sus servicios en el equipo de certificación de discapacidad de la Subred Sur Occidente, en las sedes en Alcalá Muzu – Centro Día.

Por lo anterior, la nueva supervisora será la **María del Pilar Cuello Herrera** quien asumirá el seguimiento y control de sus actividades contractuales.

Agradezco de antemano la atención prestada y quedo atento a la confirmación de este cambio.

**Datos:**

**Supervisión anterior**

**Nombre**: Michael David Gomez Reyes
**Cargo:** Líder Asistencial
**Correo:** lidersedes13@subredsuroccidente.gov.co
**Teléfono:** 3223048926

**Supervisión Nuevo**

**Nombre:** María del Pilar Cuello Herrera
**Cargo:** Líder Asistencial

**Correo:** lidersedes4@subredsuroccidente.gov.co
**Teléfono:** 3003476999

Cordialmente,



**BERTHA LUCIA MORA QUIÑONES**
SUBGERENTE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Anexos:

| Declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales, y por lo tanto, lo presentamos para firma. | |
|---|---|
| Cargo funcionario / Contratista | Nombre/Cargo |
| Aprobado por: | MICHAEL DAVID GOMEZ REYESDSADSA |
| Revisado por: | MICHAEL DAVID GOMEZ REYES / DSA |
| Elaborado por: | MICHAEL DAVID GOMEZ REYES / DSA |