Outlook

**Terminación de contrato 7760-2026**

**Desde** Mónica Viviana Bello Flórez <directorgestionriesgo@subredsuroccidente.gov.co>
**Fecha** Sáb 11/04/2026 6:29 PM
**Para** novedadesops <novedadesops@subredsuroccidente.gov.co>
**CC** Yenny Espinosa <lideratencionencasa@subredsuroccidente.gov.co>

3 archivos adjuntos (1 MB)
CARTA DE TERMINACION 7760-2026.pdf; INFORME DE LIBERACION 7760-2026.pdf; INFORME FINAL 7760-2026.pdf;

Buen dia

De manera atenta me permito remitir los siguientes documentos para la terminacion del contrato de la siguiente OPS:

1. Carta de terminación anticipada del contrato
2. Informe Final de Supervisión
3. Informe Final de Liberación de Saldos

| NUMERO CONTRATO | CEDULA DEL CONTRATISTA | NOMBRE CONTRATISTA | PERFIL DEL CONTRATISTA |
|---|---|---|---|
| 7760-2025 | 53.097.341 | TORRES GALINDO YULY PAOLA | PROFESIONAL EN ENFERMERIA |

Cordialmente,

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | BOGOTÁ
**Mónica Viviana Bello Flórez**
Directora de Gestión del Riesgo en Salud
Gestión del Riesgo en Salud
Subred Sur Occidente E.S.E.
Tel: (+57) 3013397940

---

**De:** Yenny Espinosa <lideratencionencasa@subredsuroccidente.gov.co>
**Enviado:** viernes, 10 de abril de 2026 16:36
**Para:** Mónica Viviana Bello Flórez <directorgestionriesgo@subredsuroccidente.gov.co>
**Asunto:** RE: Terminación de contrato 7760-2026

Buena tarde,

Se envía formato de terminación de ops, informe de supervisión e informe de liberación de saldos, con las correcciones solicitadas, de la siguiente contratista:

Yuly Paola Torres Galindo
CC: 53097341
OPS: 7760-2026

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | BOGOTÁ
**Yenny Carolina Espinosa Pinilla**
Coordinadora Equipos Básicos Extramurales - Hogar
Dirección Gestión del Riesgo en Salud
Subred Sur Occidente E.S.E.
Tel: (+57) 300 6842269

---

**De:** Mónica Viviana Bello Flórez <directorgestionriesgo@subredsuroccidente.gov.co>
**Enviado:** viernes, 10 de abril de 2026 16:00
**Para:** Yenny Espinosa <lideratencionencasa@subredsuroccidente.gov.co>
**Asunto:** RE: Terminación de contrato 7760-2026

Buen día

Por favor remitir los informes en PDF.

Cordialmente,

Cordialmente,

Mónica Viviana Bello Flórez
Directora de Gestión del Riesgo en Salud
Gestión del Riesgo en Salud
Subred Sur Occidente E.S.E.
Tel: (+57) 3013397940

---

**De:** Yenny Espinosa <lideratencionencasa@subredsuroccidente.gov.co>
**Enviado:** viernes, 10 de abril de 2026 15:36
**Para:** Mónica Viviana Bello Flórez <directorgestionriesgo@subredsuroccidente.gov.co>
**Asunto:** Terminación de contrato 7760-2026

Buena tarde,

Se envía formato de terminación de ops, informe de supervisión e informe de liberación de saldos, de la siguiente contratista:

Yuly Paola Torres Galindo
CC: 53097341
OPS: 7760-2026

Yenny Carolina Espinosa Pinilla
Coordinadora Equipos Básicos Extramurales - Hogar
Dirección Gestión del Riesgo en Salud
Subred Sur Occidente E.S.E.
Tel: (+57) 300 6842269

Bogotá D.C 09 de abril de 2026

Doctora
**BERTHA LUCIA MORA QUIÑONEZ**
Subgerente de Servicios de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Suroccidente Calle 9 No. 39-46

REFERENCIA: SOLICITUD TERMINACIÓN BILATERAL DEL CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOSNÚMERO 7760-2026

Respetada Doctora **BERTHA LUCIA MORA QUIÑONEZ,** reciba un cordial saludo, me permito solicitar se estudie la posibilidad de dar por terminado de forma bilateral la orden de prestación de servicios No 7760-2026 cuyo objetivo es Prestar servicios a la gestión administrativa y/o asistencial en el área del Convenio de Equipos Extramurales dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo con el requerimiento institucional. A partir del 15 de abril de 2026

La anterior solicitud obedece a razones de fuerza mayor que me impiden la ejecución del contrato en mención.

Cordialmente.

NOMBRE: Yuly Paola Torres Galindo
CC: 53097341
Cel: 3114529870
Dirección: TV 78K 41 35 SUR
Correo: vdmct2016@gmail.com

VoBo.
YENNY CAROLINA ESPINOSA PINILLA, C.C. 52.779.671
Coordinadora EMBH

VoBo.
MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ, C.C. 52.744.682
Directora Gestión del Riesgo en Salud

## 1. INFORMACIÓN CONTRACTUAL

| CONTRATO Nº 7760-2025 | |
|---|---|
| FECHA DEL INFORME | 10/04/2026 |
| CONTRATISTA | YULY PAOLA TORRES GALINDO |
| DOCUMENTO IDENTIDAD Nº | 53097341 |
| OBJETO CONTRACTUAL | Prestar servicios profesionales especializados a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Gestión del Riesgo en Salud de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE, en el marco del Convenio Interadministrativo No 8373570 - 2025 "MAS Bienestar en tu Hogar" suscrito con la Secretaría Distrital de Salud. |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO (LETRAS Y NÚMERO) | Tres millones setecientos setenta y cinco mil seiscientos ochenta pesos 3775680 |
| VALOR FINAL DEL CONTRATO CON ADICIONES (LETRAS Y NÚMERO) | Veinticuatro millones setecientos cincuenta y un mil seiscientos ochenta pesos 24751680 |
| FECHA DE INCIO | 10/12/2025 |
| FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL | 15/01/2026 |
| FECHA DE TERMINACIÓN CON PRORROGAS | 31/05/2026 |
| FECHA TERMINACION ANTICIPADA (SI APLICA) | 15/04/2026 |
| DIRECCION TECNICA | Dirección de Gestión del Riesgo |
| SUPERVISOR | MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ |

## 2. INFORME DE EJECUCIÓN

A continuación, se describen detalladamente las obligaciones contractuales y su cumplimiento a saber:

| OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATO |
|---|
| 1. Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil de gestor, bachiller, técnico y o tecnólogo, profesional, profesional especializado, conforme a lo establecido por los lineamientos distritales del Modelo de salud MAS Bienestar en el marco de las acciones de los Equipos Mas Bienestar en tu Hogar, en concordancia a estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos en los documentos operativos, anexos del convenio, procesos, guías institucionales y nacionales vigentes.<br>2. participar activamente en las jornadas programadas tanto por la SDS como por la Subred o las contempladas en el convenio asignado o por necesidades de abordaje en los territorios.<br>3. Desarrollar acciones de control social, fortalecer los grupos, organizaciones y redes comunitarias, demanda inducida, información, sensibilización, educación, canalización, agendamiento, atención familiar y/o individual, seguimiento, notificación de eventos de interés en salud pública y notificación de alertas a la población identificada.<br>4. Participar en reuniones de asistencia técnica ordinarias o extraordinarias, fortalecimiento de capacidades, inducción o reinducción, comités, programadas por la secretaria Distrital de Salud o por la Subred.<br>5. Realizar entrega de cronograma mensual de actividades e informes requeridos, productos, bases de datos, aplicativos de la Subred o de la SDS, entre otros, o realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las observaciones de calidad dada por el supervisor del contrato y o líder del proceso, cumpliendo los principios de veracidad, oportunidad, calidad según dinámica y o programación de cada una de las líneas de intervención.<br>6. Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la Subred, SDS o por entes de control y atender a solicitudes y dar respuesta de manera oportuna a las mismas.<br>7. Mantener la imagen institucional a través de las actuaciones individuales.<br>8. Portar los elementos de identificación institucional de manera adecuada y permanente en la ejecución de las acciones, así como el uso eficiente de los insumos para el desarrollo de la actividad. Cuidar y dar buen uso los equipos y o elementos asignados para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio.<br>9. Cumplir con la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio. |

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARÁ UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCIÓN."

| |
|---|
| 10. El contratista guardará completa confidencialidad de forma indefinida sobre la información y documentos a los cuales tenga acceso y conozca en virtud del desarrollo del objeto contractual y del cumplimiento de sus obligaciones, así mismo, dará cumplimiento a la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente.<br>11. Cumplir con las demás actividades y apoyo que sean requeridas por el supervisor del contrato o quien haga sus veces y estén relacionado con el objeto del mismo |
| PORCENTAJE (100%) DE LA EJECUCIÓN DE CONTRATO |

Nota: Como supervisor liquidador del contrato certifico que el contratista cumplió con los pagos a los aportes a Seguridad Social, de conformidad con las normas que regulan la materia, los cuales se adjuntan a cada certificación de pago y han sido verificados por el área financiera.

### 3. EJECUCIÓN DEL CONTRATO

En resumen, la ejecución presupuestal del contrato es la siguiente:

| | |
|---|---|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | $ 4195200 |
| VALOR DE ADICIONES | $ 20556480 |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO | $ 24751680 |
| VALOR EJECUTADO | $ 2690400 |
| VALOR PENDIENTE DE PAGO | $ 2000000 |
| VALOR POR LIBERAR | $ 20061280 |

### 4. NOVEDADES Y OBSERVACIONES DURANTE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Certifico como Supervisor liquidador del contrato que durante la etapa de ejecución SI _____ NO ____X____se presentaron inconvenientes con los servicios prestados por el contratista.

*(Si su respuesta fue afirmativa a continuación describa las novedades que se hayan presentado durante la ejecución y su gestión frente a las mismas)*

| NOVEDAD | GESTIÓN REALIZADA |
|---|---|
| NA | NA |

### 5. DOCUMENTOS SOPORTE

Se anexa al presente informe en ____ (0) folios los siguientes documentos:



Firma del Supervisor
Nombre completo: Mónica Viviana Bello Flórez
C.C. 52744682
Cargo Directora de Gestión del Riesgo en Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente E.S.E

Elaboro: Yenny Carolina Espinosa Pinilla

| Actividad | Nombre de funcionario | Firma |
|---|---|---|
| Verificación Dirección Financiera | | |

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARÁ UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCIÓN."

| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | **INFORME LIBERACIÓN DE SALDOS -OPS** | **VERSION** | 1 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
|---|---|---|---|---|
| | | **FECHA DE APROBACIÓN** | 13/05/2025 | |
| | | **CODIGO** | 18-03-FO-0010 | |

**INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA**

| (1) Nombre y apellidos: | | (2) Documento Identificación/ Nit: |
|---|---|---|
| TORRES GALINDO YULY PAOLA | | 53.097.341 |
| (3) Dirección de notificación: TV 78K 41 35 SUR | | (4) Municipio: Bogotá |
| (5) Teléfono: 3114529870 | (6) Celular: 3114529870 | (7) Correo electrónico: vdmct2016@gmail.com |

**INFORMACIÓN DEL CONTRATO**

| (8) No. Contrato: | (9) Objeto contractual: Prestar servicios profesionales especializados a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Gestión del Riesgo en Salud de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE, en el marco del Convenio Interadministrativo No 8373570 - 2025 "MAS Bienestar en tu Hogar" suscrito con la Secretaría Distrital de Salud. | |
|---|---|---|
| 7760-2026 | (10) Fecha de inicio: 10/12/2025 | (11) Fecha de terminación con prórrogas: 31/05/2026 |
| | (12) Valor inicial del Contrato: $ 3.775.680 | (13) Valor final del Contrato con adiciones: $ 24.751.680 |
| | (14) Fecha Terminación anticipada: 15/04/2026 | (15) Dirección Técnica: Dirección de Gestión del Riesgo |
| | (16) Nombre del supervisor : MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ | (17) Área o dependencia: Equipos Más Bienestar en tu Hogar |

**BALANCE PRESUPUESTAL**

| | **VALOR** |
|---|---|
| (18) Valor total del Contrato con Adiciones | **$ 24.751.680** |
| (19) Valor total ejecutado: | **$ 2.690.400** |
| (20) Valor a favor del contratista: | $ 2.000.000 |
| **(21) Saldo a liberar** | **$ 20.061.280** |

**(22) JUSTIFICACIÓN**

Describa el motivo de la solicitud de liberación de saldo en forma clara y precisa:

Terminación anticipada de contrato.

**(23) FIRMA**

Bajo mi responsabilidad certifico la veracidad de los datos consignados

Nombre del supervisor: MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ

C.C No. 52.744.682

Firma

