

Bogotá D.C; Junio 1 2026

Doctora

BERTHA LUCIA MORA QUIÑONES

Subgerente de Servicios de Salud

Sub Red integrada de servicios de salud sur Occidente

Calle 9 No. 39-46

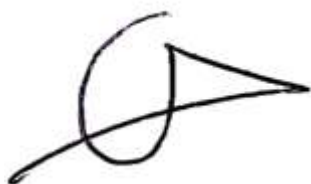
REFERENCIA: SOLICITUD TERMINACIÓN BILATERAL DEL CONTRATO
PRESTACIÓN DE SERVICIOS NÚMERO 123 2026

Respetado Doctor BERTHA LUCIA MORA QUIÑONES, reciba un cordial saludo, me permito solicitar se estudie la posibilidad de dar por terminado de forma bilateral la orden de prestación de servicio No. 123-2026, a partir del 3 de Junio de 2026.

La anterior debido a cambios de perfil.

Agradezco la valiosa colaboración y comprensión a la presente.

Cordialmente.

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'A' followed by a horizontal line extending to the right.

Dr. Álvaro Andrés González.
Referente Técnico Cirugía
Dirección Servicios Hospitalarios
Subred Sur Occidente E.S.E

A handwritten signature in black ink, reading "Mayerlin Serrano Rodríguez". The signature is written in a cursive style with a large initial 'M' and a stylized 'S' at the end.

Mayerlin Serrano Rodríguez
Cirujana Oncóloga

1. INFORMACIÓN CONTRACTUAL

| CONTRATO N° 129-2026 | |
|--|--|
| FECHA DEL INFORME | 04/06/2026 |
| CONTRATISTA | MAYERLIN RODRIGUEZ SERRANO |
| DOCUMENTO IDENTIDAD N° | 67024333 |
| OBJETO CONTRACTUAL | Prestar servicios Profesionales especializados a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Cirugia dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional. |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO (LETRAS Y NÚMERO) | CINCUENTA Y CUATRO MILLONES SEISCIENTOS VEINTE MIL CUATROCIENTOS PESOS M/CTE (\$54.620.400). |
| VALOR FINAL DEL CONTRATO CON ADICIONES (LETRAS Y NÚMERO) | N/A |
| FECHA DE INICIO | 01/02/2026 |
| FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL | |
| FECHA DE TERMINACIÓN CON PRORROGAS | 31/05/2026 |
| FECHA TERMINACION ANTICIPADA (SI APLICA) | |
| DIRECCION TECNICA | DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS |
| SUPERVISOR | REFERENTE TECNICO CIRUGIA |

2. INFORME DE EJECUCIÓN

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

| OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATO |
|---|
| El CONTRATISTA se obliga para con el CONTRATANTE a realizar las siguientes actividades: a) Específicas. 1) Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad. 2) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes 3) Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e |

INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN -OPS

| | |
|----------------------|---------------|
| Versión: | 1 |
| Fecha de aprobación: | 13/05/2025 |
| Código: | 18-03-FO-0009 |

intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación 4) Participar en la programación de actividades del área. 5) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. 6) Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. 7) Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente. 8) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. 9) Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento. 10) Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación. 11) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención. 12) Emitir conceptos médicos que se le requieran. 13) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. 14) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato. 15) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. 16) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convoca Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. 17) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. 18) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales. 19) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred. 20) Participación en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios. 21) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado 22) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente 23) CONTRATO NUMERO: 129-2026 CONTRATANTE: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. Nit.900.959.048-4 CONTRATISTA:SALINAS VELASCO EDWIN ALBERTO - CEDULA No. 73.192.292 OBJETO: * Prestar servicios Profesionales especializados a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Hepatobiliar dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional. VALOR TOTAL DEL CONTRATO: SESENTA Y OCHO MILLONES SESENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS VEINTE PESOS M/CTE. (\$ 68.065.920) VALOR HORA: CIENTO CUARENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS CUATRO PESOS M/CTE. (\$141.804) FECHA INICIO: Es la establecida en el formulario electrónico ítem

| | | | | |
|---|--|----------------------|---------------|--|
|  | INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN -OPS | Versión: | 1 |  ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
| | | Fecha de aprobación: | 13/05/2025 | |
| | | Código: | 18-03-FO-0009 | |

1 información general, una vez se dé inicio a la ejecución del contrato. FECHA TERMINACIÓN: 31 de mayo de 2026 SUPERVISOR: REFERENTE TECNICO CIRUGIA CONDICIONES CONTRACTUALES Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.

PORCENTAJE (100%) DE LA EJECUCIÓN DE CONTRATO

Nota: Como supervisor 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 | \$ 54.620.400 |
| VALOR DE ADICIONES | \$ 0 |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO | \$ 54.620.400 |
| VALOR EJECUTADO | \$ 46.700.442 |
| VALOR PENDIENTE DE PAGO | 0.00 |
| VALOR POR LIBERAR | \$ 7.919.958 |

4. NOVEDADES Y OBSERVACIONES DURANTE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Certifico como Supervisor 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 |
|---------|-------------------|
| | |
| | |

| | | | | |
|---|--|----------------------|---------------|--|
|  | INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN -OPS | Versión: | 1 |  ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
| | | Fecha de aprobación: | 13/05/2025 | |
| | | Código: | 18-03-FO-0009 | |



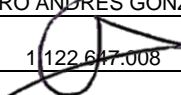
5. DOCUMENTOS SOPORTE

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


Firma del Supervisor
Nombre completo. ALVARO ANDRES GONZALEZ
C.C. 1122647008
Cargo. REFERENTE TECNICO SERVICIO DE CIRUGIA

Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente E.S. E

| Actividad | Nombre de funcionario | Firma |
|-----------|-----------------------|-------|
| | | |

| | | | | | | |
|---|--|--|--|---|------------------------------|---|
|  | | INFORME LIBERACIÓN DE SALDOS -OPS | | VERSION | 1 |  ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
| | | | | FECHA DE APROBACIÓN | 2/06/2026 | |
| | | | | CODIGO | 18-03-FO-0010 | |
| INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA | (1) Nombre y apellidos: MAYERLIN RODRIGUEZ SERRANO | | | (2) Documento Identificación/ Nit: 67.024.333 | | |
| | (3) Dirección de notificación: CALLE 131 A #9-59 | | | | (4) Municipio: Bogota | |
| | (5) Teléfono: | (6) Celular: 3108843485 | (7) Correo electrónico: mayserrano84@gmail.com | | | |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATO | (8) No. Contrato: 123-2026 | (9) Objeto contractual : Prestar servicios Profesionales especializados a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de Cirugia, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional. | | | | |
| | (10) Fecha de inicio: 1/02/2026 | | (11) Fecha de terminación con prórrogas: 31/05/2026 | | | |
| | (12) Valor inicial del Contrato: \$ 54.620.400 | | | (13) Valor final del Contrato con adiciones: \$ 54.620.400 | | |
| | (14) Fecha Terminación anticipada: N/A | | | (15) Dirección Técnica: DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS | | |
| | ALVARO ANDRES GONZALEZ | | | (17) Área o dependencia: SERVICIO DE CIRUGIA | | |
| | VALOR | | | | | |
| BALANCE PRESUPUESTAL | (18) Valor total del Contrato con Adiciones | | \$ 54.620.400 | | | |
| | (19) Valor total ejecutado: | | \$ 46.700.442 | | | |
| | (20) Valor a favor del contratista: | | \$ - | | | |
| | (21) Saldo a liberar | | \$ 7.919.958 | | | |
| (22) JUSTIFICACIÓN | Describe el motivo de la solicitud de liberación de saldo en forma clara y precisa: Por terminación del plazo contractual | | | | | |
| (23) FIRMA | Bajo mi responsabilidad certifico la veracidad de los datos consignados Nombre del supervisor <u>ALVARO ANDRES GONZALEZ</u> C.C No. <u>1122647008</u> Firma  | | | | | |