Bogotá D. 08 de Julio del 2026

Doctora

BERTHA LUCIA MORA QUIÑONES
Subgerente de servicios de salud
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
Calle 9 No.39-46

REFERENCIA: TERMINACIÓN BILATERAL DEL CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS No 2080-2026

Respetada doctora **BERTHA LUCIA MORA QUIÑONES,** *reciba un cordial saludo, me permito solicitar se estudie la terminación bilateral del contrato de prestación de servicios* ***No 2080-2026,*** *cuyo objeto es: Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Nutrición 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 8 de Julio del 2026.*
La anterior solicitud se hace por motivos personales

Agradeciendo la valiosa colaboración y comprensión a la presente.

Cordialmente.

Nombre: JUAN DAVID MARTINEZ URQUIJO
CC. ***1032407537***
Celular: 3204806222
VoBo.

RUTH MARGARITA FERNANDEZ MORRIS
Supervisora del contrato
CC 32670645
CEL 3115510237

INFORMACIÓN CONTRACTUAL

CONTRATO Nº 2080-2026	
FECHA DEL INFORME	08/07/2026
CONTRATISTA	MARTINEZ URQUIJO JUAN DAVID
DOCUMENTO IDENTIDAD Nº	1032407537
OBJETO CONTRACTUAL	Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Nutrición 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)	quince millones ochocientos seis mil doscientos ochenta. m/cte. ($ 15.806.280)
VALOR FINAL DEL CONTRATO CON ADICIONES (LETRAS Y NÚMERO)	Veintitrés millones setecientos nueve mil cuatrocientos veinte. m/cte. ($ 23.709.420)
FECHA DE INCIO	1/02/2026
FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL	31/05/2026
FECHA DE TERMINACIÓN CON PRORROGAS	31/07/2026
FECHA TERMINACION ANTICIPADA (SI APLICA)	08/07/2026
DIRECCION TECNICA	Dirección de servicios Complementarios
SUPERVISOR	Ruth Margarita Fernández Morris

1. INFORME DE EJECUCIÓN

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

OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATO

"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."

1.Apoyar la realización de las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos ordenados por el profesional tratante para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cada paciente. 2.Dar respuesta oportuna a interconsultas solicitadas por el médico tratante de los pacientes hospitalizados y de urgencias. 3.Realizar valoración e intervención nutricional de los pacientes hospitalizados y de urgencias. 4.Realizar seguimiento nutricional a los pacientes hospitalizados y de urgencias con prescripción de soporte oral, enteral o parenteral según se requiere. 5.Diligenciar formato de solicitud de dietas para los pacientes hospitalizados y de urgencias en cada tiempo de comida. 6.Participar en la Junta de profesionales para el análisis de las prescripciones de APME. 7. Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes. 8. Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e 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. 9. Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. 10.Informar al paciente y familiares sobre el estado Nutricional del paciente y plan de manejo. 11.Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred 12. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. 13. Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente. 14. Apoyo en la supervisión de contratos. 15.Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.
PORCENTAJE (83.35%) 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.

2. EJECUCIÓN DEL CONTRATO

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

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 15.806.280
VALOR DE ADICIONES	$ 7.903.140
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 23.709.420
VALOR EJECUTADO	$ 19.757.850
VALOR PENDIENTE DE PAGO	$1.232.21
VALOR POR LIBERAR	$ 2.719.349

3. NOVEDADES Y OBSERVACIONES DURANTE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL

"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."

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

4. DOCUMENTOS SOPORTE

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



_____

Firma del Supervisor
Nombre completo: Ruth Margarita Fernández Morris
C.C. 32670645
Cargo: Líder Nutricion
Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente E.S.E

Actividad	Nombre de funcionario	Firma
Verificación Dirección Financiera		

INSTRUCCIONES DE DILIGENCIAMIENTO

1. INFORMACIÓN CONTRACTUAL

Indique la información conforme a los campos estipulados en el documento (fecha del informe, contratista, documento, objeto, valor inicial del contrato (letras y número), valor final del contrato con adiciones (letras y número), Fecha de inicio, Fecha de terminación inicial, fecha de terminación con prorrogas, fecha de terminación anticipada (si aplica), Dirección técnica y Supervisor

2. INFORME DE EJECUCION

Describa de manera detallada cada una de las obligaciones descritas en el contrato y su cumplimiento.

3. EJECUCION DEL CONTRATO

Relacione los datos conforme a las tablas del documento.

4. NOVEDADES Y OBSERVACIONES DURANTE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL

"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."

Responda y registre los datos conforme a las tablas del documento si es necesaria.

5. DOCUMENTOS SOPORTE

Relacione y describa cada uno de los documentos que serán soporte del Informe Final.

6. FIRMA DEL SUPERVISOR

El supervisor designado debe suscribir el documento

7. VERIFICACION DIRECCION FINANCIERA

Finalmente, el informe debe validarse por la 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	23/06/2026	
		CODIGO	18-03-FO-0010	

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA

(1) Nombre y apellidos:		(2) Documento Identificación/ Nit:
MARTINEZ URQUIJO JUAN DAVID		1.032.407.537
(3) Dirección de notificación: calle 52g 33-87 sur		(4) Municipio: Bogota DC
(5) Teléfono:	(6) Celular:	(7) Correo electrónico: jdmartinezurq@gmail.com

INFORMACIÓN DEL CONTRATO

(8) No. Contrato:	(9) Objeto contractual:	
2080-226	Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Nutrición 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: 31/07/2026
(12) Valor inicial del Contrato:		(13) Valor final del Contrato con adiciones:
quince millones ochocientos seis mil doscientos ochenta. m/cte. ($ 15.806.280)		Veintitrés millones setecientos nueve mil cuatrocientos veinte. m/cte. ($ 23.709.420)
(14) Fecha Terminación anticipada: 8/07/2026		(15) Dirección Técnica: Dirección de servicios Complementarios
(16) Nombre del supervisor : Ruth Margarita Fernández Morris		(17) Área o dependencia: Subproceso de Nutricion

BALANCE PRESUPUESTAL

	VALOR
(18) Valor total del Contrato con Adiciones	**$ 23.709.420**
(19) Valor total ejecutado:	**$ 19.757.850**
(20) Valor a favor del contratista:	$ 1.232.21
(21) Saldo a liberar	**$ 2.719.349**

(22) JUSTIFICACIÓN

Describa el motivo de la solicitud de liberación de saldo en forma clara y precisa:
Terminacion bilateral anticipada del contrato.

(23) FIRMA

Bajo mi responsabilidad certifico la veracidad de los datos consignados

Nombre del supervisor Ruth Margarita Fernández Morris

C.C No. 32.670.645

Firma

	JUSTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD Y ESTUDIO PREVIO PARA LA CONTRATACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN	Versión:	7	
		Fecha de aprobación:	28/10/2025	
		Código:	04-02-FO-0011	

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

DATOS DE SOLICITUD

Dependencia solicitante	Fecha de la Solicitud			Tipo de requerimiento	ASISTENCIAL
	Día	Mes	Año		
DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	8	7	2026	Sede:	HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY
				Servicio específico: URGENCIAS Y HOSPITALIZACION	

MODALIDAD DE CONTRATACIÓN: CONTRATACIÓN DIRECTA - CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN

JUSTIFICACIÓN O NECESIDAD DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO REQUERIDO

○ Nuevo	**Justificación:**	El Subproceso de Nutrición requiere un Nutricionista Dietista para garantizar el cumplimiento de los objetivos propios de la contratacion de la Subred integrada de servicios de salud Sur Occidente ESE. En concordancia con las obligaciones y actividades pactadas.					
○ Antiguo	**Nombre OPS a contratar**			**CEDULA**			
● Reemplazo OPS	**Numero de OPS a reemplazar: 2080-2026**	**Motivo**		**Otro** ☑	**Cual:**	**Fecha de retiro:**	08/07/2026
○ Cambio de vigencia.	**Nombre completo**	**MARTINEZ URQUIJO JUAN DAVID**	**Numero de documento**	**1032407537**			

DESCRIPCIÓN DEL PERFIL A CONTRATAR

Perfil	Nutricionista	Formación académica requerida	Profesional Nutricionista Dietista
Requiere experiencia	☑	Descripción de la experiencia requerida	
Habilidades o conocimientos específicos	Trabajo en equipo, proactividad, responsabilidad, organización		
Número de personas requeridas	1	Requiere cursos de habilitación	☐ ☑

FUENTE DE FINANCIACIÓN

Honorarios ☐	Remuneración Servicios Técnicos ☐	Honorarios Asistencial General ☑	Asistencial PIC ☐

Recursos Propios:	SI ☑	NO ☐	Vigencias futuras	SI ☐	NO ☑
Convenio:	SI ☐	NO ☑	No. Convenio:	Suscrito con:	

PROYECCIÓN Marque la casilla correspondiente según las condiciones del contrato en lo relacionado a honorarios para proyección del valor a contratar	MES	☐		
	HORA	☑	Número de horas mensuales:	186
	ACTIVIDAD O PROCEDIMIENTO		No. De comité de contratación donde se dio aprobación de los actividades y/o porcedimientos	

DESCRIPCIÓN CONTRACTUAL

OBJETO DEL CONTRATO

Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de Nutrición 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.

PLAZO Y LUGAR DE EJECUCIÓN

BOGOTA, D.C

ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

1.Apoyar la realización de las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos ordenados por el profesional tratante para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cada paciente. 2.Dar respuesta oportuna a interconsultas solicitadas por el médico tratante de los pacientes hospitalizados y de urgencias. 3.Realizar valoración e intervención nutricional de los pacientes hospitalizados y de urgencias. 4.Realizar seguimiento nutricional a los pacientes hospitalizados y de urgencias con prescripción de soporte oral, enteral o parenteral según se requiere. 5.Diligenciar formato de solicitud de dietas para los pacientes hospitalizados y de urgencias en cada tiempo de comida. 6.Participar en la Junta de profesionales para el análisis de las prescripciones de APME. 7. Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes. 8. Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e 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. 9. Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. 10.Informar al paciente y familiares sobre el estado Nutricional del paciente y plan de manejo. 11.Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred 12. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. 13. Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente. 14. Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.

ACTIVIDADES O PROCEDIMIENTOS	VALOR UNITARIO
1.	$
2.	$
3.	$
4.	$
5.	$

PRODUCTOS

LOS PRODUCTOS DEBERÁN SER DE CONFORMIDAD CON LA COORDINACIÓN DE ACTIVIDADES ENTRE EL SUPERVISOR Y EL CONTRATISTA.

VALOR ESTIMADO

OPCIÓN 1. VALOR DE CONFORMIDAD CON LA TABLA DE HONORARIOS VIGENTE. EL ORDENADOR DEL GASTO GARANTIZA QUE ESTE PROCESO CUENTA CON RECURSOS DISPONIBLES PARA SU CONTRATACIÓN (Aplicable a contratación por hoira / mes según tabla de honorarios)
OPCIÓN 2. EL VALOR TOTAL DEL CONTRATO SE DETEMINARÁ DE ACUERDO CON LOS RECURSOS DISPONIBLES. (aplicable a contratación por actividad o procedimiento)

GARANTÍAS (SI APLICA)

SUPERVISIÓN DEL CONTRATO

NOMBRE Y CARGO DE QUIEN EJERCERÁ LA SUPERVISIÓN		NOMBRE Y PERFIL DEL APOYO A LA SUPERVISIÓN (SI APLICA)	
1. Nombre:	RUTH MARGARITA FERNANDEZ MORRIS	1. Nombre:	
2. Identificación:	32670645	2. Identificación:	
3. Cargo:	Profesional Universitario área de la Salud	3. Perfil:	

Firma de Director de Servicios Complementarios		Firma Subgerente de Prestacion de Servicios de Salud	
Nombre de Director o Jefe de Oficina	ADRIANA MARCELA TOQUICA ESPITIA	Nombre Subgerente Correspondiente	Bertha Lucia Mora Quiñones

RIESGOS DE LA CONTRATACIÓN: 1) Inhabilidades e incompatibilidades sobrevinientes. 2) Demora en el inicio de la ejecución del contrato; 2) Errores en la supervisión; 3) Riesgo relacionado al cumplimiento de sus actividades; 4) Riesgo por no asistencia a las actividades programadas; 5) Riesgo en la planeación de las actividades por realizar; 6) Riesgo por no cumplimiento de normas y políticas institucionales, entre las que se encuentran misión, visión, planes de acción, objetivos, metas e indicadores; 7) Riesgo de no cumplimiento de los parámetros de calidad establecidos por el supervisor para las actividades asignadas; 8) No entrega de soportes , registros de las actividades de acuerdo con los procedimientos y requerimientos de la Entidad

Fecha en la que se recepciona el requerimiento por parte de la Subgerencia correspondiente:_____	Fecha en la que se recepciona el requerimiento por parte de la Dirección de Talento Humano:_____

Outlook

RV: INFORME FINAL CONTRATO 2080-2026

Desde Adriana Marcela Toquica Espitia <directorcomplementarios@subredsuroccidente.gov.co>
Fecha Vie 10/07/2026 12:57 PM
Para novedadesops <novedadesops@subredsuroccidente.gov.co>

1 archivo adjunto (537 KB)
INFORME FINCAL CONTRARO 2080-2026.pdf;

Cordial saludo,

Remito para su conocimiento y fines pertinentes dando cumplimiento a los lineamientos de la Nota Interna SSO-2026-440-001508-3.

Atentamente,

Adriana Marcela Toquica Espitia
Directora De Servicios Complementarios
Dirección De Servicios Complementarios
Subred Sur Occidente E.S.E.
Tel: (+57) 3118101709

De: Ruth Margarita Fernandez M <lidernutricion@subredsuroccidente.gov.co>
Enviado: viernes, 10 de julio de 2026 11:03
Para: Adriana Marcela Toquica Espitia <directorcomplementarios@subredsuroccidente.gov.co>
Asunto: INFORME FINAL CONTRATO 2080-2026

Cordial saludo.
Adjunto soporte informe final terminación del contrato 2080-2026.

Cordialmente,

Cordialmente,

RUTH MARGARITA FERNANDEZ MORRIS
Líder subproceso de Nutrición
Dirección de Servicios Complementarios
Subred Sur Occidente E.S.E.
Tel: (+57) 311 5510237