| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E<br>APOYO – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO<br>FORMATO SOLICITUD DE MODIFICACIÓN AL CONTRATO | CÓDIGO: AP-IA-FT-009<br>VERSIÓN: 02<br>FECHA: 2018-01-19 |
|---|---|---|

| Fecha de Solicitud (A/M/D): | 2018-06-13 | No Contrato / OPS | PS 2283 2018 |
|---|---|---|---|

**DATOS DE LA SOLICITUD**

| | |
|---|---|
| **Contratista:** | KATHERINE CAICEDO ARIAS -CC 53012396 |
| **Objeto:** | PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTÓNOMA, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL PROCESO DE FACTURACION (CONSULTA EXTERNA) DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Adición:** | X | **Valor:** | $ 1.410.000 |
| **Prorroga:** | X | **Tiempo:** | DESDE EL 10 DE JULIO HASTA EL 09 DE AGOSTO DE 2018 |
| **Otro (*)** | - | | |

*** DESCRIPCIÓN DE LA MODIFICACIÓN**

SE REALIZA ADICION Y PRORROGA AL PS 2283 2018 POR VALOR DE $1410000

**JUSTIFICACIÓN DE LA MODIFICACIÓN**

La Coordinación de Facturación requiere la continuidad del APOYO Y SOPORTE A LA GESTION DEL PROCESO DE FACTURACION - CONSULTA EXTERNA para desarrollar las labores propias del área de acuerdo a lo establecido en el Manual de Procesos y Procedimientos, macroproceso Gestión Financiera, que garantice el cumplimiento de la normatividad vigente.

| | | |
|---|---|---|
| **FIRMAS** | **Nombre y Firma del Supervisor:** | MARLENY RAMOS GUERRA |
| | **VoBo. Subgerente Corporativo/o Servicios ( E ):** | ORLANDO MARTINEZ HENAO |
| | **Firma Gerente:** | MARTHA YOLANDA RUIZ VALDÉS |
| | **Elaborado por:** | MILENA LEON LARA |

| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E<br>APOYO – GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS<br>FORMATO SOLICITUD DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL | CÓDIGO: AP-CR-FT-001<br>VERSIÓN: 02<br>FECHA: 2017-07-13 |
|---|---|---|

| Fecha de realización de la solicitud: | 2018-06-20 |
|---|---|

## DATOS DEL SOLICITANTE

| | |
|---|---|
| **Proceso y/o UPSS solicitante:** | AREA DE FACTURACIÓN |
| **Objeto:** | 'PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA. PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL PROCESO DE FACTURACIÓN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. |
| **Rubro presupuestal:** | REMUNERACIÓN SERVICIOS TECNICOS |
| **Valor Solicitado:** | DOSCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MILLONES SESENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS M/CTE (244.061.496) |

| | | |
|---|---|---|
| **FIRMAS** | **Nombre y Firma del responsable del proceso solicitante:** | MARLENY RAMOS GUERRA |
| | **VoBo. Subgerente Corporativo y/o Servicios de Salud ( E ):** | ORLANDO MARTINEZ HENAO |
| | **Firma Gerente:** | MARTHA YOLANDA RUIZ VALDÉS |