Comunicación Electrónica

Tipo de destinatario

Por favor seleccione tipo de destinatario:

(•) Interno ( ) Externo

Destinatario Interno

Digite el nombre del funcionario destino: *

*ALEXANDRA MILENA PALACIO FUENTES

Código Dependencia Destinatario
81040

Dependencia Destinatario
GRUPO DE APOYO ADMINISTRATIVO

Código Regional Destinatario
8

Regional Destinatario
ATLANTICO

Email Destinatario
APALACIO@SENA.EDU.CO

Fecha
31/12/2021 10:23:12 a. m.

Radicado
08-9-2021-026864

NIS
2021-02-456785

Asunto

Asunto *
SOLICITUDES SENA

Descripción del Asunto *
AUTORIZACIÓN DE TRÁMITE DE MODIFICACIÓN CONTRATO CO1.PCCNTR.2926529 REENCONTRARSE

Texto

*

Señor(a):
ALEXANDRA PALACIO FUENTES
Coordinadora Grupo de Apoyo Administrativo Mixto

Asunto: Autorización de trámite de modificación contrato CO1.PCCNTR.2926529

Reciban un cordial saludo del despacho de la Dirección Regional Atlántico del SENA, me permito solicitar a su dependencia el inicio del trámite de modificación contractual del siguiente contrato conforme a la justificación y demás documentos soportes aportados por el supervisor.

CONTRATO No CO1.PCCNTR.2926529 del 2021
OBJETO Contratar la prestación de servicios profesionales de salud para la atención especializada en PSIQUIATRÍA, para los beneficiarios del Servicio Médico Asistencial que sean remitidos por los médicos asesores de la entidad, durante la vigencia 2021.
TIPO DE CONTRATO Prestación de servicios
CONTRATISTA CENTRO TERAPÉUTICO REENCONTRARSE SAS
CEDULA 900438572
FECHA DE SUSCRIPCIÓN 12/10/2021
FECHA DE INICIO 15/10/2021
PLAZO INICIAL DEL CONTRATO 78 días, sin exceder el 31 de diciembre de 2021
VALOR INICIAL $10.000.000
VALOR ACTUAL $10.000.000
TIPO DE MODIFICACIÓN Adición y prorroga
SOLICITUD En consideración las necesidades, el cumplimiento de los cometidos estatales y en aras de dar efectiva continuidad al contrato No. CO1.PCCNTR. 2926529, se requiere adicionar al contrato la suma de CINCO MILLONES DE PESOS M/CTE ($5.000.000) Y prorrogar el contrato en 90 días adicionales, hasta el 31 de marzo de 2022.

Documentos adjuntos:

- Formato Informe de supervisión para modificaciones – bienes o servicios.
- Relación de pagos.

Cordialmente,

Jacqueline Rojas Solano
Directora Regional SENA Atlàntico

Remitente

Código Dependencia Remitente
81010

Dependencia Remitente
DESPACHO DIRECCION REGIONAL

Código Regional Remitente
8

Regional Remitente
ATLANTICO

Funcionario Remitente
* JACQUELINE ROJAS SOLANO

Email Remitente
JACQUELINE.ROJAS@SENA.EDU.CO

Anexos (2)

Document Name	Attachment Type
INFORME DE MODIFICACIÓN CONTRATO 2926529 2021 ¿ REENCONTRARSE.PDF 01-MAIL-Anexos Respuestas Internas	Anexo Respuestas Internas
RELACION_PAGOS CENTRO TERAPEUTICO RE- ENCONTRARSE S.A.S A DIC 28.PDF 01-MAIL-Anexos Respuestas Intern	Anexo Respuestas Internas

Copias Internas

Copias Externas

Nombre Destinatario	Email Destinatario
JHANERYS GOMEZ	JPGOMEZB@SENA.EDU.CO
EVELYN DONADO	EDONADOL@SENA.EDU.CO
JENIFER IBARRA	JIBARRAC@SENA.EDU.CO
SAMMY ALEXANDER GARCÍA LLANOS	SAGARCIA@SENA.EDU.CO
MARIA BOHORQUEZ	MJBOHORQUEZ@SENA.EDU.CO
DAVID DE JESUS CASTILLA JIMENEZ	DCASTILLAJ@SENA.EDU.CO
LUIS FERNANDO RODRIGUEZ	LFRODRIGUA@SENA.EDU.CO
MARYURYS CARROLL	MCCARROLL@SENA.EDU.CO

Asociar a otras comunicaciones

N.I.S	No. Radicado Relacionado