

NCL4

SUP1
SUP 1 Y 2

DIR. COMPLEMENTARIOS OK

Logo de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTOS FORMATO SOLICITUD DE MODIFICACIÓN AL CONTRATO ✓		CÓDIGO: AP-IA-FT-009 VERSIÓN: 06 FECHA: 2022-08-03	
Fecha de Solicitud (A/M/D):		2023-03-13		No Contrato: VER CUADRO DE SOLICITUD ANEXO	
DATOS DE LA SOLICITUD					
Contratista:		VER CUADRO ANEXO			
Objeto:		VER CUADRO DE SOLICITUD ANEXO			
Adición:		Valor:		NA	
Prorroga:		Tiempo:		NA	
Código (*)		CAMBIO DE SUPERVISOR 1 Y SUPERVISOR 2			
DESCRIPCIÓN DE LA MODIFICACIÓN					
(En caso de prórroga, debe relacionar el saldo con el que cuenta el contrato)					
Se solicita realizar cambio de supervisor de los contratos relacionados en el cuadro anexo a esta solicitud, los cuales pertenecen a la Dirección de Servicios Complementarios de acuerdo a lo indicado en el mismo.					
JUSTIFICACIÓN DE LA MODIFICACIÓN					
La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., actualmente requiere mantener el funcionamiento continuo y permanente de la prestación de servicios de salud en el marco de calidad, oportunidad, pertinencia, accesibilidad, eficiencia y calidez en la atención en salud; presta servicios integrales de salud de alta complejidad, siendo parte integral de la Red de prestadores públicos de salud del Distrito Capital por lo que para garantizar la prestación de los servicios contratados con las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), requiere de personal de apoyo administrativo y asistencial que realice las actividades requeridas en el proceso de la Dirección de Servicios Complementarios, en el entendido de lo anterior. Se requiere realizar cambio de supervisor de los contratos relacionados en la solicitud anexa.					
Elaborado por: Nombre, Cargo y Firma		ANGIE LIZETH CAMACHO GORDILLO		ENLACE DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	
Supervisor: Nombre, Cargo y Firma		MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA		DIRECTOR DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS (E)	
El Supervisor declara con la firma del presente documento haber revisado la información que justifica la modificación solicitada y declara que es cierta y coherente con el seguimiento a la ejecución del contrato y las obligaciones establecidas en el Manual de Contratación vigente para posterior aprobación de la Ordenación del Gasto y Vb de la Dirección de Contratación					
Jefe de Oficina o Director: Nombre, Cargo y firma		MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA		DIRECTOR DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS (E)	
Firma del Ordenador del Gasto: Nombre, Cargo y Firma		CLAUDIA LUCIA ARDILA TORRES		GERENTE	
				Vo.Bu. Dirección de Contratación	
NOTA I: De acuerdo con la Resolución No. 350 18 Mayo 2022, se reasumen las funciones delegadas por la Gerencia, mediante las Resoluciones 284 del 27 de junio de 2018 y 114 del 25 de febrero de 2019, al interior de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.					

