PRORROGA DE SUSPENSION DE CONTRATO 3336-2024 DIANA MENDEZ

Constanza Mosquera <lidersedes14@subredsuroccidente.gov.co>

Mar 30/04/2024 8:51

Para:SubprocesoOps <ops@subredsuroccidente.gov.co>;Ingrit Linet Vasquez Cely <directorcontratacion@subredsuroccidente.gov.co>;Lizeth Carolina Palacios Moreno <novedadesops@subredsuroccidente.gov.co>
CC:Lina Oliveros <directorhospitalizacion@subredsuroccidente.gov.co>;JULIANA YANINNA CEDIEL <secretariaadministrativa1@subredsuroccidente.gov.co>

1 archivos adjuntos (347 KB)

Licencia de maternidad de Diana Katherine Mendez Falla.pdf;

Buenos días Doctoras, respetuosamente solicito a usted la prórroga de la suspensión de la siguiente ops:

OPS # 3336-2024
NOMBRE: DIANA KATHERINE MENDEZ FALLA
DOCUMENTO: 1023902832
PERFIL: TERAPEUTA

Del 23 de abril y hasta el 26 de agosto del 2024, cuando finaliza su licencia de maternidad, retomando sus obligaciones contractuales a partir del 27 de agosto del 2024.

Anexo cinco (5) folios de la licencia de maternidad expedida por la Clínica Sanitas S.A # 000010108079724.

Cordialmente,

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ

Constanza Mosquera
Lider asistencial
HUMES Fontibon-Boston
Subred Sur Occidente E.S.E.
Tel: (+57) 3042917832

De: SubprocesoOps <ops@subredsuroccidente.gov.co>
Enviado: viernes, 12 de abril de 2024 10:18
Para: Constanza Mosquera <lidersedes14@subredsuroccidente.gov.co>
Cc: Lina Oliveros <directorhospitalizacion@subredsuroccidente.gov.co>; JULIANA YANINNA CEDIEL <secretariaadministrativa1@subredsuroccidente.gov.co>
Asunto: RE: SUSPENSION DE CONTRATO 3336-2024 DIANA MENDEZ

Buen día,

Tramitado en SECOP II, para suspensión del contrato.

Quedamos atentos.

Subproceso OPS
Dirección de Contratación

De: Constanza Mosquera <lidersedes14@subredsuroccidente.gov.co>
Enviado: jueves, 11 de abril de 2024 9:04
Para: SubprocesoOps <ops@subredsuroccidente.gov.co>; Ingrit Linet Vasquez Cely <directorcontratacion@subredsuroccidente.gov.co>
Cc: Lina Oliveros <directorhospitalizacion@subredsuroccidente.gov.co>; JULIANA YANINNA CEDIEL <secretariaadministrativa1@subredsuroccidente.gov.co>
Asunto: SUSPENSION DE CONTRATO 3336-2024 DIANA MENDEZ

Buenos días, de manera respetuosa solicito la suspensión del siguiente ops:

OPS # 3336-2024
NOMBRE: DIANA KATHERINE MENDEZ FALLA
DOCUMENTO: 1023902832
PERFIL: TERAPEUTA

Por incapacidad # 8830215 de Centros Médicos Colsanitas S.A.S, desde el 9 y hasta el 22 de abril del 2024, por falso trabajo de parto.

Después de cumplir esta incapacidad le generaran la licencia de maternidad.

Anexo 2 folios la foto de la incapacidad y la solicitud de suspensión del ops.

Cordialmente,

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ

Constanza Mosquera
Lider asistencial
HUMES Fontibon-Boston
Subred Sur Occidente E.S.E.
Tel: (+57) 3042917832

CLINICA COLSANITAS S.A.
INCAPACIDAD
GENERADO: 25/04/2024 10:25

SUCURSAL CLINICA REINA SOFIA PEDIATRICA Y MUJER **DIRECCIÓN** AV CL 127 20 56

TELEFONO 6252111 **ENTIDAD AFILIACIÓN** COLSANITAS S.A

NIT 800149384-126 **CIUDAD** BOGOTA D.C.

NOMBRE USUARIO DIANA KATHERINE MENDEZ FALLA **FECHA** 25/04/2024

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN CC - 1023902832 **PLAN USUARIO** OTRO

CARNÉT	010	000010108079724	00583	000000001	TIPO DE USUARIO	OTRO
	PLAN	CONTRATO	FAMILIA	USUARIO		

FECHA NACIMIENTO: 18/09/1990 **ESTADO CIVIL:** UNION LIBRE **OCUPACION:** PENSIONADOS,ESTUDIANTES Y AMAS DE

DIR. DOMICILIO: CALLE 48 L SUR NO 5 F 29 **TEL. DOMICILIO:** 3105614418 **LUGAR RESIDENCIA:** BOGOTA D.C.

TIPO VINCULACION: OTRO **ACOMPAÑANTE:** VARGAS BRAYAN **TEL. ACOMPAÑANTE:** 3212163472

RESPONSABLE: BRAYAN VARGAS JIMENEZ **PARENTESCO:** ESPOSO **TEL. RESPONSABLE:** 3212163472

INCAPACIDAD

DÍAS DE INCAPACIDAD: 30 **FECHA INICIAL:** 23/04/2024 **FECHA FINAL:** 22/05/2024

DIAGNÓSTICO: O82.8 **TIPO DE INCAPACIDAD:** LICENCIA PARTO NORMAL

OBSERVACIONES: POP D2 CESAREA ELECTIVA (8+19 23/04/2024), EMB 39 SEM

FIRMA Y SELLO MÉDICO: _____ **FIRMA USUARIO:** _____

PROFESIONAL: RAMIREZ RIOS MONICA ANDREA

REGISTRO: 52806490

ESPECIALIDAD: GINECOLOGIA Y/O OBSTETRICIA

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

CLINICA COLSANITAS S.A.
INCAPACIDAD
GENERADO: 25/04/2024 10:25

SUCURSAL CLINICA REINA SOFIA PEDIATRICA Y MUJER **DIRECCIÓN** AV CL 127 20 56

TELEFONO 6252111 **ENTIDAD AFILIACIÓN** COLSANITAS S.A

NIT 800149384-126 **CIUDAD** BOGOTA D.C.

NOMBRE USUARIO DIANA KATHERINE MENDEZ FALLA **FECHA** 25/04/2024

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN CC - 1023902832 **PLAN USUARIO** OTRO

CARNÉT	010	000010108079724	00583	000000001	TIPO DE USUARIO	OTRO
	PLAN	CONTRATO	FAMILIA	USUARIO		

FECHA NACIMIENTO: 18/09/1990 **ESTADO CIVIL:** UNION LIBRE **OCUPACION:** PENSIONADOS,ESTUDIANTES Y AMAS DE

DIR. DOMICILIO: CALLE 48 L SUR NO 5 F 29 **TEL. DOMICILIO:** 3105614418 **LUGAR RESIDENCIA:** BOGOTA D.C.

TIPO VINCULACION: OTRO **ACOMPAÑANTE:** VARGAS BRAYAN **TEL. ACOMPAÑANTE:** 3212163472

RESPONSABLE: BRAYAN VARGAS JIMENEZ **PARENTESCO:** ESPOSO **TEL. RESPONSABLE:** 3212163472

INCAPACIDAD

DÍAS DE INCAPACIDAD: 30 **FECHA INICIAL:** 23/05/2024 **FECHA FINAL:** 21/06/2024

DIAGNÓSTICO: O82.8 **TIPO DE INCAPACIDAD:** LICENCIA PARTO NORMAL

OBSERVACIONES: POP D2 CESAREA ELECTIVA (8+19 23/04/2024), EMB 39 SEM

FIRMA Y SELLO MÉDICO: _____ **FIRMA USUARIO:** _____

PROFESIONAL: RAMIREZ RIOS MONICA ANDREA

REGISTRO: 52806490

ESPECIALIDAD: GINECOLOGIA Y/O OBSTETRICIA

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

CLINICA COLSANITAS S.A.
INCAPACIDAD
GENERADO: 25/04/2024 10:25

SUCURSAL CLINICA REINA SOFIA PEDIATRICA Y MUJER **DIRECCIÓN** AV CL 127 20 56

TELEFONO 6252111 **ENTIDAD AFILIACIÓN** COLSANITAS S.A

NIT 800149384-126 **CIUDAD** BOGOTA D.C.

NOMBRE USUARIO DIANA KATHERINE MENDEZ FALLA **FECHA** 25/04/2024

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN CC - 1023902832 **PLAN USUARIO** OTRO

CARNÉT	010	000010108079724	00583	000000001	TIPO DE USUARIO	OTRO
	PLAN	CONTRATO	FAMILIA	USUARIO		

FECHA NACIMIENTO: 18/09/1990 **ESTADO CIVIL:** UNION LIBRE **OCUPACION:** PENSIONADOS,ESTUDIANTES Y AMAS DE

DIR. DOMICILIO: CALLE 48 L SUR NO 5 F 29 **TEL. DOMICILIO:** 3105614418 **LUGAR RESIDENCIA:** BOGOTA D.C.

TIPO VINCULACION: OTRO **ACOMPAÑANTE:** VARGAS BRAYAN **TEL. ACOMPAÑANTE:** 3212163472

RESPONSABLE: BRAYAN VARGAS JIMENEZ **PARENTESCO:** ESPOSO **TEL. RESPONSABLE:** 3212163472

INCAPACIDAD

DÍAS DE INCAPACIDAD: 30 **FECHA INICIAL:** 22/06/2024 **FECHA FINAL:** 21/07/2024

DIAGNÓSTICO: O82.8 **TIPO DE INCAPACIDAD:** LICENCIA PARTO NORMAL

OBSERVACIONES: POP D2 CESAREA ELECTIVA (8+19 23/04/2024), EMB 39 SEM

FIRMA Y SELLO MÉDICO: _____ **FIRMA USUARIO:** _____

PROFESIONAL: RAMIREZ RIOS MONICA ANDREA

REGISTRO: 52806490

ESPECIALIDAD: GINECOLOGIA Y/O OBSTETRICIA

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

CLINICA COLSANITAS S.A.
INCAPACIDAD
GENERADO: 25/04/2024 10:25

SUCURSAL CLINICA REINA SOFIA PEDIATRICA Y MUJER
DIRECCIÓN AV CL 127 20 56
TELEFONO 6252111
ENTIDAD AFILIACIÓN COLSANITAS S.A
NIT 800149384-126
CIUDAD BOGOTA D.C.
NOMBRE USUARIO DIANA KATHERINE MENDEZ FALLA
FECHA 25/04/2024
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN CC - 1023902832
PLAN USUARIO OTRO
CARNÉT **010** (PLAN) **000010108079724** (CONTRATO) **00583** (FAMILIA) **000000001** (USUARIO) **TIPO DE USUARIO** OTRO

FECHA NACIMIENTO: 18/09/1990 **ESTADO CIVIL:** UNION LIBRE **OCUPACION:** PENSIONADOS,ESTUDIANTES Y AMAS DE
DIR. DOMICILIO: CALLE 48 L SUR NO 5 F 29 **TEL. DOMICILIO:** 3105614418 **LUGAR RESIDENCIA:** BOGOTA D.C.
TIPO VINCULACION: OTRO **ACOMPAÑANTE:** VARGAS BRAYAN **TEL. ACOMPAÑANTE:** 3212163472
RESPONSABLE: BRAYAN VARGAS JIMENEZ **PARENTESCO:** ESPOSO **TEL. RESPONSABLE:** 3212163472

INCAPACIDAD

DÍAS DE INCAPACIDAD: 30 **FECHA INICIAL:** 22/07/2024 **FECHA FINAL:** 20/08/2024

DIAGNÓSTICO: O82.8 **TIPO DE INCAPACIDAD:** LICENCIA PARTO NORMAL

OBSERVACIONES: POP D2 CESAREA ELECTIVA (8+19 23/04/2024), EMB 39 SEM

FIRMA Y SELLO MÉDICO: _____ **FIRMA USUARIO:** _____

PROFESIONAL: RAMIREZ RIOS MONICA ANDREA

REGISTRO: 52806490

ESPECIALIDAD: GINECOLOGIA Y/O OBSTETRICIA

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

CLINICA COLSANITAS S.A.
INCAPACIDAD
GENERADO: 25/04/2024 10:25

SUCURSAL CLINICA REINA SOFIA PEDIATRICA Y MUJER
DIRECCIÓN AV CL 127 20 56
TELEFONO 6252111
ENTIDAD AFILIACIÓN COLSANITAS S.A
NIT 800149384-126
CIUDAD BOGOTA D.C.
NOMBRE USUARIO DIANA KATHERINE MENDEZ FALLA
FECHA 25/04/2024
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN CC - 1023902832
PLAN USUARIO OTRO
CARNÉT **010** (PLAN) **000010108079724** (CONTRATO) **00583** (FAMILIA) **000000001** (USUARIO) **TIPO DE USUARIO** OTRO

FECHA NACIMIENTO: 18/09/1990 **ESTADO CIVIL:** UNION LIBRE **OCUPACION:** PENSIONADOS,ESTUDIANTES Y AMAS DE
DIR. DOMICILIO: CALLE 48 L SUR NO 5 F 29 **TEL. DOMICILIO:** 3105614418 **LUGAR RESIDENCIA:** BOGOTA D.C.
TIPO VINCULACION: OTRO **ACOMPAÑANTE:** VARGAS BRAYAN **TEL. ACOMPAÑANTE:** 3212163472
RESPONSABLE: BRAYAN VARGAS JIMENEZ **PARENTESCO:** ESPOSO **TEL. RESPONSABLE:** 3212163472

INCAPACIDAD

DÍAS DE INCAPACIDAD: 6 **FECHA INICIAL:** 21/08/2024 **FECHA FINAL:** 26/08/2024

DIAGNÓSTICO: O82.8 **TIPO DE INCAPACIDAD:** LICENCIA PARTO NORMAL

OBSERVACIONES: POP D2 CESAREA ELECTIVA (8+19 23/04/2024), EMB 39 SEM

FIRMA Y SELLO MÉDICO: _____ **FIRMA USUARIO:** _____

PROFESIONAL: RAMIREZ RIOS MONICA ANDREA

REGISTRO: 52806490

ESPECIALIDAD: GINECOLOGIA Y/O OBSTETRICIA

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL