Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	**REPORTE DE NOVEDADES - CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	CÓDIGO: AP-CT-F-46-03 VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	PÁGINA: 1 DE 1 FECHA: 06/04/2022

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

No. DEL CONTRATO Y VIGENCIA		1721-2024	**ÁREA DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO**	TERAPIAS Y REHABILITACION
CONTRATO BAJO COBERTURA DE CONVENIO	**SI**: ____ **NO**:_____ **Cuál**:	**Plazo Convenio**:	**N/A**	
NOMBRE DEL CONTRATISTA		LUZ MARINA RAMIREZ CORDOBA	**IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA**	35326346
OBJETO CONTRACTUAL		TERAPEUTA RESPIRATORIA	**NOMBRE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO**	OLGA PATRICIA MERA GUEVARA

2. NOVEDAD CONTRACTUAL

TIPO DE NOVEDAD (Seleccione el tipo de novedad de la lista desplegable)	**FECHA INICIO SUSPENSIÓN DD/MM/AA**	**DÍAS SUSPENDIDOS (Letra)**	**FECHA REINICIO DE CONTRATO DD/MM/AA**	**DÍAS PENDIENTES POR EJECUTAR (Letra)**	**VALOR PENDIENTE POR CERTIFICAR**	**FECHA DE TERMINACIÓN ANTICIPADA DD/MM/AA**	**OBSERVACIONES**
SUSPENSIÓN CONTRATO	21/06/24	**8**	**29/06/24**	$ 0			INCAPACIDAD MEDICA

Anexos:

NOTA: El supervisor contará con dos días hábiles improrrogables para hacer llegar el formato junto con el anexo de la novedad contractual, en físico o al correo contrataciónops@subrednorte.gov.co a la Coordinación CPS- Dirección de Contratación. Toda novedad cuyo efecto legal haya expirado no será tramitada y en su defecto se devolverá al área solicitante.

Dado en Bogotá a los 21 días del mes de Junio 2024



FIRMA DEL SUPERVISOR
Dra OLGA PATRICIA MERA GUEVARA
terapias@subrednorte.gov.co Tel 4431790

CLINICA COLSANITAS S.A.

INCAPACIDAD

GENERADO: 06/06/2024 11:32

SUCURSAL CLINICA REINA SOFIA
DIRECCIÓN CL 127 20 78
TELEFONO 6252111
ENTIDAD AFILIACIÓN COLSANITAS S.A
NIT 800149384-01
CIUDAD BOGOTA D.C.
NOMBRE USUARIO LUZ MARINA RAMIREZ DE CORDOBA
FECHA 06/06/2024
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN CC - 35326346
PLAN USUARIO OTRO
CARNÉT 000 (PLAN) 000100000 (CONTRATO) 0000 (FAMILIA) 00 (USUARIO)
TIPO DE USUARIO OTRO

FECHA NACIMIENTO: 01/09/1959 **ESTADO CIVIL:** CASADO (A) **OCUPACION:** PENSIONADOS,ESTUDIANTES Y AMAS DE
DIR. DOMICILIO: CR 8 C 167 D 05 **TEL. DOMICILIO:** 3112523873 **LUGAR RESIDENCIA:** BOGOTA D.C.
TIPO VINCULACION: OTRO **ACOMPAÑANTE:** CORDOBA SOULANGE **TEL. ACOMPAÑANTE:** 3112523873
RESPONSABLE: SOULANGE CORDOBA **PARENTESCO:** HIJA **TEL. RESPONSABLE:** 3112523873

INCAPACIDAD

DÍAS DE INCAPACIDAD: 30 **FECHA INICIAL:** 31/05/2024 **FECHA FINAL:** 29/06/2024
DIAGNÓSTICO: R51.X **TIPO DE INCAPACIDAD:** GENERAL
OBSERVACIONES: HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA

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

PROFESIONAL: BERNAL CANO FRANCISCO
REGISTRO: 79779294
ESPECIALIDAD: NEUROLOGIA

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Powered by CamScanner