187
(2)

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 APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO SOLICITUD DE MODIFICACIÓN AL CONTRATO	CÓDIGO: AP-IA-FT-009 VERSIÓN: 07 FECHA: 2024-06-07

Fecha de Solicitud (A/M/D):	2024-07-31	No Contrato:	PS 5901 2023

DATOS DE LA SOLICITUD

Contratista:	**LAURA DANIELA DUARTE JOYA**
Objeto:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN PSICOLOGIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Adición:			**Valor:**	
Prorroga:			**Tiempo:**	
Otro (*)	Suspensión			

DESCRIPCION DE LA MODIFICACIÓN

SE SOLICITA SUSPENDER EL CONTRATO A PARTIR DEL 2 DE AGOSTO DE 2024 HASTA EL 30 DE DICIEMBRE DE 2024

JUSTIFICACIÓN DE LA MODIFICACIÓN

SE SOLICITA SUSPENDER EL CONTRATO A PARTIR DEL 2 DE AGOSTO DE 2024 HASTA EL 30 DE DICIEMBRE DE 2024, DEBIDO A LICENCIA DE MATERNIDAD.

Elaborado por: Nombre, Cargo y Firma	**July Marcela Bernal M**	**Apoyo PSPIC**	JB.
Supervisor: Nombre, Cargo y Firma	**LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA**	**PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30**	

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	**LORENZA BECERRA CAMARGO**	**DIRECTORA GESTIÓN DEL RIESGO**	
Subgerente de Servicios de Salud / Subgerente Corporativo: Nombre, Cargo y firma	**MARYURY DIAZ CESPEDES**	**SUBGERENTE DE SERVICIOS DE SALUD**	
Firma del Ordenador del Gasto: Nombre, Cargo y Firma	**DR. LUIS OSCAR GALVES MATEUS**	**Agente Especial Interventor SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**	
			Vo.Bo. Dirección de Contratación

Nota: De conformidad con la Resolución 202420000003568-6 del 07 de mayo 2024 "Por la cual se ordena la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes, negocios y la intervención forzosa administrativa para administrar la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.", en razón a las facultades otorgadas a través de dicho Acto Administrativo el Agente Especial Interventor autoriza cualquier modificación que se pretenda adelantar durante la ejecución de los contratos de bienes y servicios durante la vigencia de la citada resolución o aquellas que la complemente, aclare o modifique.

Bogotá, 31 de julio de 2024

Dr.
OSCAR GALVES MATEUS
Interventor

LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA

LILIANA TELLEZ VALBUENA
REFERENTE ENTORNO CUIDADOR HOGAR

Asunto: Solicitud suspensión de contrato

Cordial saludo,

Yo, LAURA DANIELA DUARTE JOYA identificado con C.C. 1016091084 de Bogotá, solicito la suspensión de contrato N. PS 5901 2023 suscrito con la Subred integrada de servicios de salud Centro Oriente, desde el día 2 de agosto hasta el 30 de diciembre del año 2024 por motivo de licencia de maternidad, adjunto incapacidad médica.

Agradezco la atención prestada.

Cordialmente,

Laura Daniela Duarte J.
Firma
Nombre: LAURA DANIELA DUARTE
C.C. 1016091084

EUSALUD

EUSALUD
MATERNO INFANTIL
800227072
DIAG 54 NO 16A 16- Tel. 1-4320870
CÓDIGO DE HABILITACIÓN 1100108222
CERTIFICADO DE INCAPACIDAD

[RIncAfi]

Fecha: 25/07/24
Hora: 09:49:18
Página: 1

1055972

Día	Mes	Año
25	7	2024

Nombre : LAURA DANIELA DUARTE JOYA **CC** 1016091084
Empresa : ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR SAS
Ocupación : TRABAJADORES QUE HAN DECLARADO OCUPACIONES INSUFICIENTEMENTE DESCRITAS
Pabellon : HOSPITALIZACION PISO 1

Tipo de Incapacidad : LICENCIA DE MATERNIDAD BEBE PRETERMINO **Historia Clinica** 1016091084

Fecha Inicial : 23/07/2024 **Fecha Final :** 30/12/2024 **Dias De Incapacidad O Licencia :** 161 CIENTO SESENTA Y UN
Causa que Motiva la Atención : OTRO **Tipo de Tratamiento:** Ambulatorio
Grupo de Servicios : Quirúrgico **Modalidad Prestación del Servicio:** Intramural
Diagnóstico Principal : O809 PARTO UNICO ESPONTANEO SIN OTRA ESPECIFICACION
Diagnóstico Relacionado :
Presunto Origen de la Incapacidad : LICENCIA DE MATERNIDAD BEBE PRETERMINO **Prórroga :** NO
Fecha Probable de Parto : / / **Edad Gestacional en Semanas :** 0 **Embarazo Múltiple :** NO **Número de Nacidos Vivos :** 0
Expedida En : MATERNO INFANTIL - HOSPITALIZACION PISO 1
Empresa Donde Trabaja :

Laura Daniela Duarte J.

MELISSA SIERRA PEREA — Firma Y Sello De Presta. Economicas — Firma Afiliado

Documento. CC 1018413965
Reg. 1018413965
PERINATOLOGIA MATERNO FETAL

Observaciones de la EPS: Este certificado no implica el reconocimiento de la prestación económica. La validación de la prórroga se vera reflejada en el momento de la liquidación de la incapacidad, siempre y cuando, cumpla con los requisitos. Para acceder al reconocimiento económico se debe solicitar a través de la radicación por parte del empleador.

25/07/2024 09:49:18 *** ORIGINAL ***

Powered by CamScanner