Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	**SOLICITUD DE MODIFICACIÓN CONTRACTUAL**	CÓDIGO: AP-CT-F-81
		VERSIÓN: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN CONTRACTUAL	PÁGINA: 1 DE 2
		FECHA: 16/09/2024

FECHA DE LA SOLICITUD: 24 DE OCTUBRE DE 2024

TIPO DE MODIFICACIÓN

Solicitud	Marcar con X según corresponda
Adición de valor	
Prórroga del plazo de ejecución	
Modificación, Aclaración o Corrección	
Suspensión o Reinicio	X
Cesión	
Terminación Anticipada	
Liberación de valor	

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO OBJETO DE MODIFICACIÓN

Tipo	**Número**	**Fecha de suscripción**	**Fecha de Inicio**	**Fecha de Terminación Inicial**	**Fecha de Terminación Actual**
Contrato de prestación de servicios	6479-2024	24/08/2024	15/08/2024	30/9/2024	

Nombre del Contratista	PADILLA VIDES ANGIE VANESSA
Supervisor / Interventor	ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO
Objeto	AUXILIAR DE ENFERMERIA O TECNOLOGO DE APH
Certificado de Compromiso Presupuestal	CDP 1-991 , CDP 2-207-CRP 1-43170_ CRP 2-50774
Valor Inicial del Contrato	$ 3,244,200

MODIFICACIONES ANTERIORES

Fecha	**N° DE OTROSI**	**TIPO DE MODIFICACIÓN**

ESTADO DE AVANCE Y EJECUCIÓN DEL CONTRATO

Valor total del contrato	$ 3,244,200
Valor pagado	$ 3,244,200
Valor Pendiente por pagar	$ 0
Saldo	$ 0
Porcentaje de Avance	100 %

Para el presente contrato de prestación de servicios, se tiene que a la fecha la contratista ha cumplido con el objeto contractual y las obligaciones específicas, lo cual se encuentra soportado en los informes mensuales presentados por la contratista, avalados por la suscrita supervisora y que se encuentran cargados en SECOP II.

JUSTIFICACIÓN DE LA MODIFICACIÓN SOLICITADA

solicitud de SUSPENSION del contrato 6479-2024, por reporte de LICENCIA DE MATERNIDAD, de 126 días con diagnostico O822 y con fecha INICIAL 19/10/2024 con fecha FINAL el 21/02/2025

SUPERVISOR

Nombre: ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO
Cargo: Director Técnico Servicios de Urgencias

APROBADO POR

Elaboró:	*LEIDY JOHANNA GONZALEZ MORENO*
Revisó:	*JORGE ENRIQUE MELO VARGAS*

CLINICA JUAN N.CORPAS
CLINICA CORPAS
830113849
CARRERA 111 No 159A - 61- Tel. 1-6865000
CÓDIGO DE HABILITACIÓN 110010910401
CERTIFICADO DE INCAPACIDAD

[RincAfi]

Fecha: 22/10/24
Hora: 11:18:29
Pagina: 1

65233

Dia	Mes	Año
22	10	2024

Nombre : ANGIE VANESSA PADILLA VIDES CC 1013672799
Empresa : COMPENSAR EPS
Ocupación : Empleados
Pabellon : HOSPITALIZACION GINECO
Tipo de Incapacidad : LICENCIA DE MATERNIDAD Historia Clinica 1013672799
Fecha Inicial : 19/10/2024 Fecha Final : 21/02/2025 Dias De Incapacidad O Licencia : 126 CIENTOVEINTISEIS
Causa que Motiva la Atención : ENFERMEDAD GENERAL Tipo de Tratamiento: Ambulatorio
Grupo de Servicios : Quirúrgico Modalidad Prestación del Servicio: Intramural
Diagnostico Principal : O822 PARTO POR CESAREA CON HISTERECTOMIA
Diagnostico Relacionado : F413 OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD MIXTOS
Presunto Origen de la Incapacidad : LICENCIA DE MATERNIDAD
Fecha Probable de Parto : / / Edad Gestacional en Semanas : 0 Embarazo Múltiple : NO Prorroga : NO
Expedida En : CLINICA CORPAS - HOSPITALIZACION GINECO
Numero de Nacidos Vivos : 0
Empresa Donde Trabaja :

YENNY NATALY CACERES
Documento CC 52961866
Reg. 52961866
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA (890450)

Firma Y Sello De Presta. Economicas

Firma Afiliado

Observaciones de la EPS: Esta certificado no implica el reconocimiento de la prestacion economica. La validacion de la prorroga se vera reflejada en el momento de la liquidacion de la incapacidad, siempre y cuando, cumpla con los requisitos. Para acceder al reconocimiento economico se debe solicitar a traves

22/10/2024 11:18:30

*** ORIGINAL ***