| 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<br>APOYO – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO<br>FORMATO SOLICITUD DE MODIFICACIÓN AL CONTRATO | CÓDIGO: AP-IA-FT-009<br>VERSIÓN: 03 |
|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Solicitud (A/M/D):** | 2020-02-26 | **No Contrato** | PS 2263 2019 |

**DATOS DE LA SOLICITUD**

| | |
|---|---|
| **Contratista:** | LAURA VIVIANA RUIZ MONROY |
| **Objeto:** | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO NUTRICIONISTA DESARROLLANDO 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 (*)** | X | | |

**DESCRIPCION DE LA MODIFICACIÓN**

(En caso de prorroga, debe relacionar el saldo con el que cuenta el contrato)

SOLICITUD DE SUSPENSIÓN A LA ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS (OPS) N. PS 2263 2019

**JUSTIFICACIÓN DE LA MODIFICACIÓN**

SOLICITUD DE SUSPENSIÓN POR LICENCIA DE MATERNIDAD

| | | | |
|---|---|---|---|
| **FIRMAS** | **Nombre y Firma del Supervisor:** | **MARIA CRISTINA DUARTE GARZON** | |
| | **Nombre y Firma: Jefe de Oficina, Director Administrativo y/o Asistencial:** | **LIDA ESPERANZA MONTENEGRO P.<br>COORDINADORA PSPIC** | |
| | **Firma del Ordenador del Gasto y/o Delegatario:** | | |
| | **Elaborado por:** | **JULY MARCELA BERNAL MORA** | **VoBo Dirección Contratación** |

**NOTA:** De acuerdo a la Resolucion No. 284 del 27 de junio de 2018, seran delegados como ordenadores del gasto: A la Subgerencia Corporativa, la suscripción de los procesos de Contratación de Órdenes de Prestación de Servicios con persona natural, cuando la misma esté relacionada con el ámbito Administrativo y a la Subgerencia de Servicios de Salud, la suscripción de los procesos de Contratación de Órdenes de Prestación de Servicios con persona natural, cuando la misma esté relacionada con el ámbito Asistencial, según la cuantía siempre y cuando la mismas no superen los 800 S.M.M.L.V.

La presente Resolucion no es aplicable a los procesos de Contratación de Bienes y Servicios.

Bogotá, 21 Febrero 2020

Dr.
**LUIS FERNANDO PINEDA**
Subgerente de servicios de salud
SUBRED CENTRO ORIENTE
Att. Dr o Dra. (Maria Cristina Duarte Garzon)

ASUNTO: Solicitud de suspensión de contrato Licencia Materna.

Cordial saludo.

Por la presente solicito la suspensión de mi contrato 2263-2019 suscrito con la subred integrada de servicios de salud Centro Oriente en el proceso de Salud Publica en el Epidemiologia/ Sisvan, a partir de 21 Febrero de 2020 hasta 27 de Junio 2020 para un total de 126 días, reiniciando labores el 28 de Junio de 2020, por motivo de Licencia Materna

Adjunto copia de Incapacidad

Agradezco su atención prestada.

Cordialmente,

Laura Viviana Ruiz Monroy

FIRMA
NOMBRE: Laura Viviana Ruiz Monroy
Cedula 1031145266

RECIBI:
[illegible]
APOYO ADMINISTRATIVO
24-02-2020.

CLÍNICA PALERMO
Al servicio de la vida

| IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE | | |
|---|---|---|
| Tipo y número de identificación: CC 1031145266 | | |
| Paciente: LAURA VIVIANA RUIZ MONROY | | |
| Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) 30/01/1993 | | |
| Edad y género 27 Años, Femenino | | |
| Identificador único: 16752-1 | Financiador: SANITAS S.A. E.P.S | |
| Ubicación: TERCERO NORTE | Servicio TERCERO NORTE | Cama |



## INFORME DE EPICRISIS

### RESUMEN DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE, DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTO

Plan de manejo: ALTA CPON RECOMENDACIONES Y SOGSO DE ALARMA
Justificacion de permanencia en el servicio: .

| Código | Descripción del diagnóstico | Tipo | Estado |
|---|---|---|---|
| O410 | OLIGOHIDRAMNIOS | Principal | Confirmado |
| O809 | PARTO UNICO ESPONTANEO, SIN OTRA ESPECIFICACION | Principal | Confirmado |
| O234 | INFECCION NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS URINARIAS EN EL EMBARAZO | Relacionado | Resuelto |

| Código CUPS | Descripción del procedimiento | Total |
|---|---|---|
| 735301 | ASISTENCIA DEL PARTO CON O SIN EPISIORRAFIA O PERINEORRAFIA | 1 |
| 039001 | INSERCION DE CATETER EPIDURAL EN CANAL ESPINAL PARA INFUSION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA O PALIATIVA | 1 |

| Descripción de exámenes | Total |
|---|---|
| Treponema pallidum ANTICUERPOS PRUEBA TREPONEMICA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA | 1 |

**Otros medicamentos**

Acetaminofen 500 mg Tableta
Ampicilina 500 mg Vial
Oxitoxina 10 UI/ml Solucion Inyectable Ampolla

**Tipo de tratamiento recibido durante la estancia** Médico [X] Quirúrgico [X]

### INFORMACIÓN DEL EGRESO

Causa de egreso: SALIDA A CASA

**Condiciones generales a la salida:**
VIVO

**Medicamentos Ambulatorios:**

**MEDICAMENTOS**

- Acetaminofen 500 mg Tableta: 1000 MILIGRAMO, ORAL, Cada 8 Horas, por 5 DIAS. A partir del: 2020-02-21

**INCAPACIDAD**

- Licencia de maternidad: Numero de dias: 126, Prorroga: No, A partir del: 2020-02-21

**Unidades de estancia del paciente**
URGENCIAS, HOSPITALIZACION

**Diagnostico principal de egreso**
O809 - PARTO UNICO ESPONTANEO, SIN OTRA ESPECIFICACION

**Remitido a otra IPS:** No

**Servicio de egreso:** HOSPITALIZADOS

Medico que elabora el egreso: DIEGO BARBOSA RUIZ, MEDICINA GENERAL, Registro 1121820578, CC 1121820578, el 22/02/2020 11:28