ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.
GERENCIA
Fecha: 29-04-2020
Para: MONICA EDITH

- [ ] ARCHIVO
- [ ] TRATE CONMIGO
- [ ] RESPONDA URGENTE
- [x] ENCARGUESE DEL ASUNTO
- [ ] DEVUELVAME CON SU COMENTARIO
- [ ] SUMINISTRE LA INFORMACIÓN
- [ ] PREPARE LA RESPUESTA
- [ ] PARA SU CONOCIMIENTO
- [ ] OBSERVACIONES

*20203200019213*

*20203200019213*
Bogotá D.C., 22-04-2020

Doctor
OMAR BENIGNO PERILLA BALLESTEROS
Gerente
Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente E.S.E

ASUNTO: SOLICITUD DE MODIFICACION VALOR HORA CONTRATO OPS 1317-2020 AUXILIAR DE ENFERMERIA

Respetado Doctor Perilla:

Por medio de la presente solicito su colaboración con el fin de realizar la respectiva modificación al contrato **OPS No 1317-2020** suscrito con la AUXILIAR DE ENFERMERIA, **JOHANA BARRETO MORENO**, toda vez que de conformidad con la Cláusula QUINTA.- FORMA DE PAGO: El CONTRATANTE cancelará el valor total del contrato a suscribir, a título de honorarios, por mensualidades vencidas, fraccionamiento de tiempo, actividades o metas cumplidas estipuladas en la certificación de pago que para este efecto expida el supervisor del presente contrato, sobre la base del valor hora **OCHO MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS ($8.851) M/CTE** por la cantidad de horas requeridas, conforme a la tabla de honorarios, susceptibles de descuentos, retenciones y reservas a que haya lugar o que indique la ley.

Se solicita la modificacion del valor hora, debido a que aporta la documentacion que acreditan la experiencia igual o mayor a 2 años, que para todos los efectos del contrato se fije por el valor hora **NUEVE MIL TRESCIENTOS VEINTI PESOS ($9.325) M/CTE.** teniendo en cuenta la tabla de honorarios año 2020.

Agradezco la atencion prestada

Cordialmente

MARITZA MILENA MEJIA LOZANO
Líder UMHES Patio Bonito Tintal

Vo.Bo. DANIEL BLANCO SANTAMARIA
Subgerente Servicios de Salud (E.)
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

Anexo: 0 folios

| Declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales, y por lo tanto, lo presentamos para firma. | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Cargo Funcionario / Contratista | Nombre | Cargo | Firma | Fecha |
| Aprobado por: | Daniel Blanco Santamaría | Subgerente Servicios de Salud (E.) | | 24/04/2020 |
| Revisado por : | Maritza Milena Mejía Lozano | Líder Asistencial | | 24/04/2020 |
| Elaborado por: | Martha patricia Carrillo Cruz | Secretaria | | 24/04/2020 |