| | | |
|---|---|---|
| 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<br>GESTIÓN CONTRACTUAL | PÁGINA: 1 DE 2 |
| | | FECHA: 16/09/2024 |

**FECHA DE LA SOLICITUD**: 01 DICIEMBRE 2025

**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 | 8844-2025 | 31/10/2025 | 01/11/2025 | 01/12/2025 | 10/01/2026 |

| | |
|---|---|
| **Nombre del Contratista** | REYES HASTAMORIR JORGE ARMANDO |
| **Supervisor / Interventor** | ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO |
| **Objeto** | CONDUCTOR DE AMBULANCIA - APH |
| **Certificado de Compromiso Presupuestal** | CDP- 1642 CRP- 64545 |
| **Valor Inicial del Contrato** | $ 2,504,800 |

**MODIFICACIONES ANTERIORES**

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

**ESTADO DE AVANCE Y EJECUCIÓN DEL CONTRATO**

| | |
|---|---|
| **Valor total del contrato** | $ 2,504,800 |
| **Valor pagado** | $ 2,504,800 |
| **Valor Pendiente por pagar** | $ 0 |
| **Saldo** | $ 2,504,800 |
| **Porcentaje de Avance** | 90.5 % |

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 8844-2025 del convenio 8523057-2025 por reporte de incapacidad del Diagnostico **S420 FRACTURA DE CLAVICULA**, fecha inicio 01/12/2025 fecha de finalización 10/01/2026

**SUPERVISOR**



**APROBADO POR**

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

| | |
|---|---|
| ***Elaboró:*** | *BLANCA RONCANCIO MONROY* |
| ***Revisó:*** | *JORGE ENRIQUE MELO VARGAS* |

# CLINICA MEDICAL S.A.S.

NIT: 830507718-8 Cod. Habilitación: 110012215005

**Número:** 797522 **Fecha:** Bogotá D.C. 12/12/2025

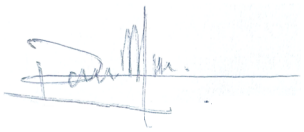
| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Admisión:** 1418287 | **Fecha y Hora Ing:** 12/12/2025 08:15 | | **Fecha Egreso:** 12/12/2025 | |
| **Nombre del Paciente:** REYES HASTAMORIR JORGE ARMANDO | | | | |
| **Identificación:** CC - 80141286 | **Fecha Nac.:** 12/09/1983 | **Edad:** 42 | **Género:** M | |
| **Entidad Responsable:** MUNDIAL DE SEGUROS | CONTRIBUTIVO | **Nivel:** Rango A | | |

**Dx Principal de Egreso:** S420 FRACTURA DE LA CLAVICULA
S400 CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO
Z988 OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS

## INCAPACIDAD EXTRAHOSPITALARIA

**INCAPACIDAD MÉDICA EXTRAHOSPITALARIA:**

**Modalidad de la presentación de servicio:** Intramural
**Grupo de servicio:** Consulta Externa
**Presunto origen de la incapacidad:** Común
**Causa Externa:** Accidente de transito
**Prórroga:** Si
**Días de Incapacidad:** 30
**Fecha de Inicio de Incapacidad:** 12/12/2025
**Fecha Fin de Incapacidad:** 10/01/2026



**Firma de Médico Tratante**

**Nombre Médico:** MARIANA ORELLANA ROMERO
**Registro Médico:** 1000511568
**Identificación:** CC 1000511568
**Especialidad:** Medicina General

Vigilado Supersalud