	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: 28-04-2026

TIPO DE MODIFICACIÓN

Solicitud	Marcar con X según corresponda
Adición de valor	
Prórroga del plazo de ejecución	
Modificación, Aclaración o Corrección	
Suspensión	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	0457-2026	01-02-2026	01-02-2026	31-05-2026	N/A


Nombre del Contratista	CLAUDIA SOFIA GORDILLO SOCHA
Supervisor / Interventor	ANDREA SANABRIA ROJAS
Objeto	Prestar servicios profesionales o de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
Certificado de Compromiso Presupuestal	10008 del 1 de Febrero de 2026
Valor Inicial del Contrato	VEINTI DOS MILLONES TRECIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS DOCE PESOS M/CTE (\$22.355.712)

MODIFICACIONES ANTERIORES

Fecha	N° DE OTROSI	TIPO DE MODIFICACIÓN

ESTADO DE AVANCE Y EJECUCIÓN DEL CONTRATO

Valor total del contrato	\$ 22.355.712
Valor pagado	\$ 13.972.320
Valor Pendiente por pagar	\$ 0
Saldo	\$ 8.383.392
Porcentaje de Avance	62.50 %

	SOLICITUD DE MODIFICACIÓN CONTRACTUAL	CÓDIGO: AP-CT-F-81
		VERSIÓN: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN CONTRACTUAL	PÁGINA: 2 DE 2
		FECHA: 16/09/2024

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

Por medio de la presente me dirijo a usted de manera respetuosa para solicitar la suspensión de contrato N. 0457-2026 por incapacidad medica hasta el 23 de Mayo de 2025.

SUPERVISOR

APROBADO POR




Nombre: Andrea Sanabria Rojas
Cargo: Referente Técnico Servicio Farmacéutico

Nombre: Andrea Sanabria Rojas
Cargo: Referente Técnico Servicio Farmacéutico

Elaboró:	
Revisó:	

ENES DE DESPACHO

Confirmado

FECHA: 23/04/2026

TIPO DESTINO: Almacén

HOSPITALARIA SIMON BOLIVAR

CENTRO MEDICO ESPECIALISTAS

NIT: 9010416913

Cra 45 (Autopista Norte) # 100 - 74, Teléfono: 6014871929

Primer apellido: GORDILLO Segundo apellido: SOCHA

Primer nombre: CLAUDIA Segundo nombre: SOFIA

Identificación: CC 46380982 - Sexo: Femenino - Edad: 44 Años

Fecha de nacimiento: 1981/07/28

DIAGNÓSTICO(S)

Diagnóstico que genera la incapacidad: G122 Enfermedades de las neuronas motoras Esclerosis lateral amiotrófica.

No se registraron otros diagnósticos en la historia clínica.

Días de incapacidad: 30 día(s)

MEDICO

Dr. David P. Gomez
Dr. David P. Gomez
Neurología General
C.C. 35422898

Diana Patricia Correa Castillo - Neurología
CC 35422898 - RM, Registro médico 35422898

Favor tramitar la incapacidad antes de 72 horas

INCAPACIDAD - ENFERMEDAD GENERAL No. 202604211195226

BOGOTÁ D.C.

2026-04-21 08:06

Tipo de Usuario: Otro - Otro

Contrato E.P.S. Sanitas: 10-767398-1-1

DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL TRÁMITE

Original de prescripción de incapacidad o licencia.

Desde: 24/04/2026 - Hasta: 23/05/2026

Heide

Whatsapp 3209116308
Conmutador (601) 343 6800
Extensión 1385/1386
Teléfono (601) 232 5375
Telefax (601) 338 3208