157

1

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 APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO SOLICITUD DE MODIFICACIÓN AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTION - DELEGACION DEL GASTO	CÓDIGO: AP-IA-FT-084 VERSIÓN: 1 FECHA: 2026-05-08

1. Fecha de Solicitud (A/M/D):	2026-05-12	2. N° Contrato:	PS 7808 2025

DATOS DE LA SOLICITUD

3. Contratista:	**HENRY BUSTOS CAMARGO**
4. Objeto:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO CONDUCTOR DE AMBULANCIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. PARA EL DESARROLLO DEL CONVENIO APH

5. Adición:	N/A	**7. Valor:**	N/A
6. Prorroga:	N/A	**8. Tiempo:**	N/A
9. Otro (*)	Suspensión		

10. DESCRIPCION DE LA MODIFICACIÓN

Se requiere realizar suspensión de contrato PS 7808 2025 desde el día 09/05/2026 hasta el día 07/06/2026 por incapacidad médica.

11. JUSTIFICACIÓN DE LA MODIFICACIÓN

Se solicita la suspensión del contrato de prestación de servicios a cargo del contratista PS 7808 2025 a cargo HENRY BUSTOS CAMARGO con número de identificación 79.421.460 desde el día 09 de mayo de 2026 hasta el 07 de junio de 2026, por mutuo acuerdo con el contratista y con fundamento en la incapacidad médica debidamente informada por el colaborador.

12. Elaborado por: Nombre, Cargo y Firma	**DAYAN GINETH SANABRIA DAZA**	**TECNÓLOGA ADMINISTRATIVA**	Dayana Daza
13. Supervisor: Nombre, Cargo y Firma	**DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS**	**DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05**	

El Supervisor declara con la firma del presente documento haber revisado la información que justifica la modificación solicitada y declara que es cierta y coherente con el seguimiento a la ejecución del contrato y las obligaciones establecidas en el Manual de Contratación vigente para posterior aprobación de la Ordenación del Gasto y VV. de la Dirección de Contratación

14. Jefe de Oficina o Director: Nombre, Cargo y firma	**DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS**	**DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05**	
15. Firma del Ordenador del Gasto:Subgerente de Servicios de Salud / Subgerente Corporativo: Nombre, Cargo y firma:	**DRA. ELIANA IVONT HURTADO SEPÚLVEDA**	**SUGERENTE DE SERVICIOS EN SALUD**	
			16.Vo.Bo. Gestión de Contratación

NOTA I: Conforme a la Resolucion 159 del 7 de abril de 2026, "*Por la cual se delegan funciones en materia contractual y de ordenacion del gasto en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.* ", se autoriza cualquier modificación que se pretenda adelantar durante la ejecución de los contratos de servicios profesionales y apoyo a la gestión.

suramericana

PRESCRIPCIÓN DE INCAPACIDAD/LICENCIA DE MATERNIDAD

SERVICIOS DE SALUD IPS SURAMERICANA S.A.S. 811007832 - **Orden:** 10451745441

IPS Atiende: (79) IPS SURA OLAYA — Fecha Atención: 2026/04/30

Identificación: CC 79421460 — **Nombre:** HENRY BUSTOS CAMARGO
Teléfono: — **Diagnóstico:** S860 TRAUMATISMO DEL TENDÓN DE AQUILES
Origen: OrdenAtencionExterna — **Diagnóstico Relacionado:** N/A
Causa Servicio: ACCIDENTE DE TRABAJO — **EPS:** COMPENSAR

Fecha Inicio: 09/05/2026 — **Fecha Fin:** 07/06/2026 — **Soat:** NO
Tipo Generación: Prescripción — F.Accidente de Trabajo: — **Número Días:** 30
Tipo Incapacidad: Ambulatoria — **Prórroga:** SI
Grupo Servicio: Consulta externa — **Modalidad Prestación:** Intramural
Incapacidad retroactiva: NO

Profesional : GISELLE MARIA BLANCO DE MOYA — Firma:
Identificación: CC 55313650 — **Registro:** 15559
Teléfono: 6013721010 — Dirección: CR 14 # 26 A SUR - 79
Ciudad: BOGOTA
Especialidad: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Imprime: GISEBLDE — F.Impresión: 2026/04/30 08:36:04
IPS Imprimé: IPS SURA OLAYA — **REPS:** 110010778206
Profesional Prescribe:

114603650F260430179425531