Bogotá D.C. 26 de OCTUBRE de 2020

Rad No. 2020-422-011053-2
Fecha: 2020-10-26 08:45 - Us 1073674702
Destino: DESPACHO DEL GERENTE
Remitente: ANA MARIA ZULUAGA
Asunto: SOLICITUD DE REINICIO DEL CONTRATO PRES
Folios: 1 Anexos: 1
RECIBIDO, SUJETO A VERIFICACIÓN, NO IMPLICA ACEPTACIÓN DEL CONTENI

Doctor.
OMAR BENIGNO PERILLA BALLESTEROS
Gerente
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
Calle 9 No.39-46
Teléfonos-7-56-05-05
Ciudad.

REFERENCIA: SOLICITUD DE REINICIO DEL CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS No 713-2020

Respetado doctor **OMAR BENIGNO PERILLA BALLESTEROS**, reciba un cordial saludo, me permito solicitar se estudie la posibilidad de reiniciar la orden de Prestación de Servicio No. **713-2020**, cuyo objeto es: "prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como PSICÓLOGA PIC dentro de los procesos y procedimiento de la SUBRED DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E de acuerdo a las necesidades de la institución en concordancia con el contrato interadministrativa, ya que mi licencia de maternidad que inicio el 24/06/2020 finalizará el día 27/10/2020" .

Anexo copia de la licencia de maternidad

Agradeciendo la valiosa colaboración y comprensión a la presente.

Cordialmente.

Nombre Ana María Zuluaga Reyes
CC. 1010190718 de BOGOTÁ
Dirección: CR 101 70 55 INT 8 APTO 604
E-MAIL: anmazure24@gmail.com
Tel.: 2528313 Celular: 3102999859

Magdalena

NIT. 860.502.092-2
CÓDIGO DE HABILITACIÓN: 110010303101
CALLE 39 No. 14-34
TELEFONO 2853900
BOGOTÁ - COLOMBIA

CERTIFICADO DE LICENCIA DE MATERNIDAD

GIN 08 VERSION 003

FECHA DE ATENCIÓN: 24/06/2020

DATOS DEL AFILIADO

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: TI: CC: CE: PA: CD: SC: PE: NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1010190718

NOMBRES Y APELLIDOS DEL AFILIADO: ANA MARIA ZULUAGA

EPS: NUEVA EPS

DATOS DE LA LICENCIA DE MATERNIDAD

FECHA DE PARTO 24/06/2020 SEMANA DE GESTACIÓN 39,0 SEMANAS

DIAGNÓSTICOS CIE10: PARTO UNICO

2.

NACIDO: VIVO ***** MUERTO CESAREA PARTO ****

SEXO: FEMENINO MASCULINO ****

DIAS OTORGADOS : 126 CIENTO VEINTISEIS DIAS

FECHA DE INICIO: 24/06/2020 FECHA DE FINALIZACIÓN: 27/10/2020

DATOS DEL MÉDICO

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PROFESIONAL: ROXANA CASTILLO SALAS

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: CEDULA DE CIUDADANIA 1129577747

ESPECIALIDAD: MEDICO HOSPITALARIO

FIRMA Y SELLO: GINECOBSTETRICIA

PACIENTE AFILIADA

Scanned by TapScanner