Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	**FORMATO SOLICITUD DE MODIFICACIÓN CONTRACTUAL**	CÓDIGO: AP-CT-F-81
		VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN CONTRACTUAL	PÁGINA: 1 DE 2
		FECHA: 19/01/2026

FECHA DE LA SOLICITUD: 13 AGOSTO 2026

TIPO DE MODIFICACIÓN

Solicitud	Marcar con X según corresponda
Adición de valor	
Prórroga del plazo de ejecución	
Modificación, Aclaración o Corrección	
Suspensión - 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	8767-2025	31/10/2025	01/11/2025	13/08/2026	26/08/2026

Nombre del Contratista	CAMACHO MONTAÑO LADY JOHANA
Supervisor / Interventor	ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO
Objeto	Prestar servicios 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	CDP-550 CRP-16678
Valor Inicial del Contrato	$ 2,611,440

MODIFICACIONES ANTERIORES

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

ESTADO DE AVANCE Y EJECUCIÓN DEL CONTRATO

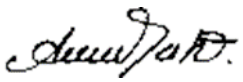
Valor total del contrato	$ 2,611,440
Valor pagado	$ 2.583.360
Valor Pendiente por pagar	$ 0
Saldo	$ 0
Porcentaje de Avance	0%

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 8767-2025 del convenio 8523057-2025 por reporte de tercera Incapacidad por el diagnostico Z988 OTROS ESTADOS POSQUIRURGICOS ESPECIFICADOS fecha inicio 13/08/2026 fecha finalización: 26/08/2026

SUPERVISOR



Nombre: ANDREA SANDOVAL CASTRO
Cargo: Director Técnico - Servicios de Urgencias (E)

APROBADO POR

Elaboró:	*Eliana Cristina Sotelo V*
Revisó:	*Eliana Cristina Sotelo V*

ACTA DE SUSPENSIÓN Y REANUDACIÓN DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CPS-8767-2025 CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. Y CAMACHO MONTAÑO LADY JOHANA

Entre los suscritos **VICTORIA EUGENIA MARTÍNEZ PUELLO**, mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 30.772.851, expedida en Turbaco - Bolívar, nombrada de conformidad con el Decreto Número 180 del veintiuno (21) de mayo de dos mil veinticuatro (2024) expedido por la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. y Acta de Posesión del veintitrés (23) de mayo de (2024), obrando en nombre y representación legal de la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE** creada mediante el Acuerdo No. 641 del 6 de Abril de 2016, emanado del Concejo de Bogotá, D.C, y facultada para celebrar el presente contrato de conformidad con el Estatuto Acuerdo N° 026 de 10 de octubre de 2024 y Manual de Contratación Resolución N° 0766 de 08 de noviembre de 2024 de la Subred, y sus modificaciones, quien en adelante se denominará el **CONTRATANTE** por una parte y por la otra **CAMACHO MONTAÑO LADY JOHANA**, mayor de edad, identificado(a) como aparece al pie de la firma, quien en adelante se denominará el **CONTRATISTA**, convienen de común acuerdo suspender y posteriormente reiniciar el contrato de prestación de servicios No. **CPS-8767-2025** previas las siguientes consideraciones: **1.** Que el **1 de noviembre de 2025**, se suscribió el Contrato de Prestación de Servicios No. **CPS-8767-2025,** cuyo objeto es **Prestar servicios como AUXILIAR DE ENFERMERIA O TECNOLOGO - APH dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la institución..** de acuerdo a las necesidades de la Institución. **2.** Que mediante oficio y/o soportes presentados por el (la) contratista solicita la suspensión del contrato en mención a partir del **13 de agosto de 2026** y su posterior reinicio a partir del **27 de agosto de 2026**. Por lo tanto, se procede conforme a las siguientes cláusulas: **CLÁUSULA PRIMERA:** Suspender temporalmente el Contrato de prestación de servicios No. **CPS-8767-2025,** a partir del **13 de agosto de 2026**, por el término de **14 días** . **CLÁUSULA SEGUNDA:** prorrogar el contrato por el mismo término de la suspensión, teniendo por fecha de terminación **14 de noviembre de 2026. CLÁUSULA TERCERA:** reanudar el contrato de prestación de servicios N° **CPS-8767-2025,** a partir del **27 de agosto de 2026**. **CLÁUSULA CUARTA**: Para todos los efectos, se entenderá perfeccionado a partir del **13 de agosto de 2026**, fecha estipulada del contrato establecida en la Cláusula Primera.

VICTORIA EUGENIA MARTINEZ PUELLO
ORDENADORA DEL GASTO
CONTRATANTE

CAMACHO MONTAÑO LADY JOHANA
C.C. N° 1019125210
CONTRATISTA

	Nombre	Cargo
Elaborado por:	Brad Angelo Zebchue Galvis Cuenca	Auxiliar Administrativo I
Revisado por:	Yiceth Katherine Chinchilla Gelvis	Líder Subproceso OPS
Aprobado por:	Ana Tatiana Quintana Torres	Directora de Contracción

CENTRO MEDICO GALERIAS

NIT. 901041691-3

Cra 24 # 50-47.Teléfono: 6014871929

INCAPACIDAD - ENFERMEDAD GENERAL No. 2026081311500645

2026-08-13 07:05 - BOGOTA D.C.

Primer apellido: CAMACHO Segundo apellido: MONTAÑO
Primer nombre: LADY Segundo nombre: JOHANA
Identificación: CC 1019125210 - Sexo: Femenino - Edad: 29 Años
Fecha de nacimiento: 1996/11/17

Tipo de Usuario: Otro - Otro
Contrato E.P.S Sanitas: 8-318728720-1-1

DIAGNÓSTICO(S)

Diagnóstico que genera la incapacidad: Z988 Otros estados postquirurgicos especificados .
Otro(s) diagnóstico(s): S932,Z489,M942.
Días de incapacidad: 14 día(s)

Desde: 13/08/2026 - Hasta: 26/08/2026

MÉDICO

Jaime Andres Rodriguez Suarez
Médico Ortopedista
C.C. 1032 366 448

Jaime Andres Rodriguez Suarez - Ortopedia y Traumatologia
CC 1032366448 - RM. Registro médico 1032366448

DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL TRÁMITE

Original de prescripción de incapacidad o licencia.

Centros Médicos Colsanitas
NIT. 901.041.691-3
Centro Médico Galerías
Carrera 24 No. 50 - 47

Favor tramitar la incapacidad antes de 72 horas