365
2

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):	2026-10-07	2. N° Contrato:	PS 7599 2025

DATOS DE LA SOLICITUD

3. Contratista:	FERNANDA MAYERLY ARIZA VARGAS
4. Objeto:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN PEDAGOGIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

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 SOLICITA LA SUPENSION DEL CONTRATO **PS 7599 2025**

11. JUSTIFICACIÓN DE LA MODIFICACIÓN

Se solicita la suspensión del Contrato de Prestación de Servicios No. PS 7599 2025 por un término de dos (4) meses, contados a partir del 18 de Septiembre de 2026 y hasta el 25 de Enero de 2027. La presente solicitud obedece a la petición formulada por la contratista mediante comunicación escrita radicada ante la Coordinación del Convenio PIC, en la cual manifiesta las razones que sustentan la necesidad de prorrogar el período de suspensión del contrato.

12. Elaborado por: Nombre, Cargo y Firma	YAIR FERNANDO CHAVES MONTENEGRO	APOYO PROFESIONAL PSPIC	
13. Supervisor: Nombre, Cargo y Firma	LIDA ESPERANZA MONTEGRO PARRA	DIRECTORA GESTION DEL RIESGO (E)	

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	LIDA ESPERANZA MONTEGRO PARRA	DIRECTORA GESTION DEL RIESGO (E)	
15. Firma del Ordenador del Gasto:Subgerente de Servicios de Salud / Subgerente Corporativo: Nombre, Cargo y firma:	ELIANA IVONT HURTADO SEPULVEDA	SUBGERENTE DE SERVICIOS DE 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.

Bogotá, 22 septiembre de 2026

Doctora
MARIA CRISTINA DUARTE GARZON
Supervisora del Contrato
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.
Bogotá, D.C.

ASUNTO: Solicitud de suspensión de contrato. PS 7599 2025

Cordial saludo.

Yo **FERNANDA MAYERLY ARIZA VARGAS** con la presente solicito la suspensión de mi contrato **PS 7599 2025** suscrito con la subred integrada de servicios de salud Centro Oriente en el proceso de Salud Publica en el componente/espacio de **Canalizaciones** a partir de 18 de septiembre 2026 hasta 23 de enero 2027, reiniciando labores el **25/01/2027** por motivos (licencia de maternidad)

Agradezco su atención prestada.

Cordialmente,

22-09-2026

FIRMA
NOMBRE: FERNANDA MAYERLY ARIZA VARGAS
Cédula:1.001.201.905

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Norte E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
900971006-4

Fecha Actual : lunes, 21 septiembre 2026
REPS: 110013029103

INCAPACIDAD MÉDICA
N°185526

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha Documento: 21/septiembre/2026 09:38 a. m.
Médico: 98399284 CRISTIAN ARTURO BURGOS GARCIA
Información Paciente: FERNANDA MAYERLY ARIZA VARGAS **Tipo Paciente:** Contributivo **Sexo:** Femenino
Tipo Documento: Cédula_Ciudadanía **Número:** 1001201905 **Edad:** 25 Años / 0 Meses / 18 Días **F. Nacimiento:** 02/09/2001
Entidad: EPSC0023 EPSC0023 - ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR SAS . - REGIMEN CONTRIBUTIVO
Centro de atención: UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ENGATIVÁ CALLE 80

DETALLE DE LA INCAPACIDAD

Días de Incapacidad: 127 **Fecha Inicial:** 18/septiembre/2026 **Fecha Final:** 22/enero/2027
Tipo: LicenciaMaternidad **Clase:** Inicial
Causa externa: Atencion_de_poblacion_materno_perinatal
Grupo de servicios: Internacion **Origen:** Comun
Modalidad prestación: Intramural
Incapacidad retroactiva: Ninguna
Causa que motiva la atención: CESAREA + PREECLAMPSIA
Diagnóstico principal: O141 PREECLAMPSIA SEVERA
Diagnóstico relacionado: O821 PARTO POR CESAREA DE EMERGENCIA

PACIENTE DE 25 AÑOS G3P1C1V1A2, EN PUERPERIO MEDIATO DE CESÁREA POR BISHOP DESFAVORABLE 18/09/2026 22+28 A LAS 36.6 SEMANAS + PREECLAMPSIA SEVERA POR COMPROMISO NEUROLÓGICO Y CARDIOVASCULAR, CON RECIÉN NACIDO HOSPITALIZADO EN UCI NEONATAL (26098510326934, EMBARAZO DE 36,6 SEMANAS, SEXO: MASCULINO, PESO: 3405 G, TALLA: 50 CM, APGAR: 8/9/9), SE DA LICENCIA DE MATERNIDAD POR 127 DIAS (126 DIAS + 1 DIA POR PREMATUREZ). (ciento veintisiete).

22-09-2026

BURGOS GARCIA CRISTIAN ARTURO
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
Cédula de ciudadanía-98399284

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.] NIT [900971006-4]

Nombre reporte : HCRPIncapacidadMedica

Powered by CamScanner