Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	REQUERIMIENTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA ADICION Y/O PRORROGA	Versión:	1	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	24/02/2017	
		Código:	04-02-FO-0005	

Quien solicita (colocar cargo y /o perfil del supervisor)	Fecha de la Solicitud			Dependencia o sede:
	Dia	Mes	Año	
REFERENTE ESPACIO DE VIVIENDA	11	3	2021	DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD

Motivo de la solicitud (Marque con una X)		No CONTRATO	
Adición y Prorroga		3320-2021	Formato documentos mínimos para celebrar contrato : Lista de Chequeo Persona Natural
Adición	X		
Prorroga			
Reinicio			

JUSTIFICACIÓN O NECESIDAD DE LA PRESTACION DE SERVICIO REQUERIDO
(Previa verificaciòn presupuestal)

La Direccion de Gestion del Riesgo en la dependencia individual requiere garantizar el Apoyo en el area de ESPACIO VIVIENDA en la Subred Integrada de servicios de salud Sur Occidente ESE En concordancia con las obligaciones y actividades pactadas.

Descripciòn del servicio solicitado

Se requiere garantizar las actividades de GESTOR - SABEDOR en los difererentes componentes de salud

AREA: ADMINISTRATIVO ☐ ASISTENCIAL X

PERFIL GESTOR - SABEDOR , JINY MONTAÑO RENTERIA - 66741735

NUMERO DE PERSONAS REQUERIDAS: 1

EXPERIENCIA: (En años) __ EN:

HABILIDADES:

RIESGOS DE LA CONTRATACIÓN: Inhabilidad e incompatibilidades sobrevinientes.Demora en el inicio de la ejecución del contrato.Errores en la supervisión. No informar oportunamente al supervisor su designación.Riesgo relacionado al conocmiento, experiencia y destreza en el desempeño de sus actividadesRiesgo por no asistencia a las actividades programadas.Riesgo relacionado con las conductas que miran la intencionalidad del individuo y su actitvidad valorativa y ética ante las actividades y los usuarios. Riesgo en la planeación de las actividades por realizar.Riesgo por no cumplimiento de normas y políticas institucionales, entre las que se encuentran misión, visión,planes de acción, objetivos, metas e indicadores.Riesgo de no cumplimiento de los parámetros de calidad establecidos por el supervisor para las actividades asignadas
No entrega de soportes , registros de las actividades de acuerdo con los procedimientos y requerimientos de la entidad

TIEMPO DE EJECUCION	MONTO TOTAL (valor no debe registrarse en lapiz)	Marque con una X según corresponda tipo de contrato	VALOR UNITARIO(mes, hora, actividad)	CANTIDAD (meses ,horas, actividades a contratar)	VALOR TOTAL	Observaciones
		MES	X	1	$ 250.000	
		HORA				
		ACTIVIDAD				

ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

Las mismas del contrato inicial 3320-2021

CONSTANCIA DE NO EXISTENCIA DE PERSONAL EN PLANTA

ANGELA MARIA FORERO RODRIGUEZ
REFERENTE ESPACIO DE VIVIENDA

SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ
DIRECTORA DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD

12/03/21