

|                                                                                                                                                             |                      |               |                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  <b>REQUERIMIENTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA ADICIÓN Y/O PRORROGA</b> | Versión:             | 1             |  |
|                                                                                                                                                             | Fecha de aprobación: | 24/02/2017    |                                                                                     |
|                                                                                                                                                             | Código:              | 04-02-FO-0005 |                                                                                     |

|                                                                                                         |                              |     |      |                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----|------|----------------------------------------------------------------------------|
| <b>Quien solicita (colocar cargo y/o perfil del supervisor)</b><br><br><b>REFERENTE ENTORNO LABORAL</b> | <b>Fecha de la Solicitud</b> |     |      | <b>Dependencia o sede:</b><br><br>DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD |
|                                                                                                         | Día                          | Mes | Año  |                                                                            |
|                                                                                                         | 9                            | 6   | 2021 |                                                                            |

|                                                                                                                                                    |           |                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Motivo de la solicitud (Marque con una X)</b>                                                                                                   |           | <b>No CONTRATO</b>                                                                   |
| <b>Adición y Prorroga</b><br>Adición <input checked="" type="checkbox"/><br>Prorroga <input type="checkbox"/><br>Reinicio <input type="checkbox"/> | 3052-2021 | Formato documentos mínimos para celebrar contrato : Lista de Chequeo Persona Natural |

|                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>JUSTIFICACIÓN O NECESIDAD DE LA PRESTACION DE SERVICIO REQUERIDO</b><br>(Previa verificación presupuestal) |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

La Dirección de Gestión del Riesgo en la dependencia individual requiere garantizar el Apoyo en el área de ENTORNO LABORAL en la Subred Integrada de servicios de salud Sur Occidente ESE En concordancia con las obligaciones y actividades pactadas.

**Descripción del servicio solicitado**

Se requiere garantizar las actividades de TECNOLÓGICO EN SALUD OCUPACIONAL en los diferentes componentes de salud

**AREA:** ADMINISTRATIVO ☐ ASISTENCIAL ☒

**PERFIL:** TECNOLÓGICO EN SALUD OCUPACIONAL MARIA DEL PILAR VARGAS ROJAS - 39649197

**NUMERO DE PERSONAS REQUERIDAS:** 1

**EXPERIENCIA: (En años)** EN:

**HABILIDADES:**

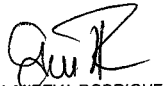
**RIESGOS DE LA CONTRATACIÓN:** Inhabilidad e incompatibilidades sobrevinientes. Demora en el inicio de la ejecución del contrato. Errores en la supervisión. No informar oportunamente al supervisor su designación. Riesgo relacionado al conocimiento, experiencia y destreza en el desempeño de sus actividades. Riesgo por no asistencia a las actividades programadas. Riesgo relacionado con las conductas que miran la intencionalidad del individuo y su actividad 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 lápiz) | 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                                     |                                                  | \$ 1.185.976 | Acompañamiento para la revisión de la validación de registro de actividades económicas (Entrega KIT bioseguridad) |
|                     |                                                  | HORA                                                |                                       |                                                  |              |                                                                                                                   |
|                     |                                                  | ACTIVIDAD                                           |                                       |                                                  |              |                                                                                                                   |

**ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA**

Las mismas del contrato inicial 3052-2021

**CONSTANCIA DE NO EXISTENCIA DE PERSONAL EN PLANTA**

|                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br>SANDRA MIREYA RODRIGUEZ<br>REFERENTE ENTORNO LABORAL | <br>SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ<br>DIRECTORA DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

COY  
DOS  
ALT.