	REQUERIMIENTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA ADICION Y/O PRORROGA	Versión:	1
		Fecha de aprobación:	24/02/2017
		Código:	04-02-FO-0005

Quien solicita

ENFERMERA

Fecha de la Solicitud		
Dia	**Mes**	**Año**
17	**9**	**2018**

Dependencia o sede:
PAPS SAN BERNARDINO
DIRECCION DE GESTIÓN DEL RIESGO

Motivo de la solicitud (Marque con una X)	
Adición y Prorroga	**x**
Adición	
Prorroga	
Reinicio	

No CONTRATO
1664

Formato documentos minimos para celebrar contrato : Lista de Chequeo Persona Natural

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

PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA Dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., de acuerdo a las necesidades de la intituciòn.

Descripciòn del servicio solicitado

La Dirección de Gestión del riesgo requiere garantizar el Apoyo en las areas asistenciales en la Subred Integrada de servicios de salud Sur Occidente ESE En concordancia con las obligaciones y actividades pactadas.

AREA: ADMINISTRATIVO ☐ ASISTENCIAL X

PERFIL AUXILIAR DE ENFERMERIA ANA MILENA MOSQUERA C.C. 52200536

NUMERO DE PERSONAS REQUERIDAS: 1

EXPERIENCIA: (En años)

HABILIDADES: EN:

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:** Se requieren actividades adicionales con el fin de dar cumplimiento a los productos programados en el contrato 077/2017
		MES				
		HORA		186	$ 1.416.000	
		ACTIVIDAD				

ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

Las mismas del contrato inicial N° 1664

CONSTANCIA DE NO EXISTENCIA DE PERSONAL EN PLANTA

CATERINE CARREÑO OLMOS
ENFERMERA

INGRID PAOLA LOZANO TORRES
Directora de Gestion del Riesgo