	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 (colocar cargo y /o perfil del supervisor)	Fecha de la Solicitud			Dependencia o sede:
	Dia	Mes	Año	
REFERENTE ESPACIO VIVIENDA	20	3	2018	DIRRECION DE GESTION DEL RIESGO
Motivo de la solicitud (Marque con una X)		No CONTRATO		

Adición y Prorroga	X	924	Formato documentos mínimos para celebrar contrato : Lista de Chequeo Persona Natural	
Adición				
Prorroga				
Reinicio				

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

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

Descripciòn del servicio solicitado

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO EN SISTEMAS A Dentro de los diferentes servicios y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la institucion

AREA: ADMINISTRATIVO ☐ ASISTENCIAL X

PERFIL	TECNICO EN SISTEMAS	JUAN PABLO BELTRAN PRIETO	80089733

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	1	1613395	**1613395**	
		HORA			**0**	
		ACTIVIDAD			**0**	

ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

Las mimas del contrato inicial N 924

CONSTANCIA DE NO EXISTENCIA DE PERSONAL EN PLANTA

ANGELA MARIA FORERO RODRIGUEZ REFERENTE ESPACIO VIVIENDA	INGRID PAOLA LOZANO TORRES Directora de Gestion del Riesgo en Salud