

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 Día: 17 Mes: 9 Año: 2018	Dependencia o sede: PAPS SAN BERNARDINO DIRECCION DE GESTIÓN DEL RIESGO	
Motivo de la solicitud (Marque con una X) Adición y Prorroga ☒ No CONTRATO Adición ☐ Prorroga ☐ Reinicio ☐	3744	Formato documentos mínimos para celebrar contrato : Lista de Chequeo Persona Natural	

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

PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN 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 institución.

Descripción del servicio solicitado

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

AREA: ADMINISTRATIVO ☐

ASISTENCIAL ☒

PERFIL

PROFESIONAL EN
ENFERMERIA

DARLY TATIANA MUNAR
GUZMAN

C.C.

1012332676

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 lapiz)	Marque con una X según corresponda tipo de contrato	VALOR UNITARIO (mens, 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	\$ 2.800.000	
ACTIVIDAD		☐				

ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

Las mismas del contrato inicial N° 3744

CONSTANCIA DE NO EXISTENCIA DE PERSONAL EN PLANTA

CATERINE CARREÑO OLMOS
ENFERMERA

INGRID PAOLA LOZANO TORRES
Directora de Gestión del Riesgo