	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	Fecha de la Solicitud			Dependencia o sede:
LIDER ASISTENCIAL	Dia	Mes	Año	PAPS PORVENIR
	17	9	2018	DIRECCION DE GESTIÓN DEL RIESGO

Motivo de la solicitud (Marque con una X)		No CONTRATO	Formato documentos mínimos para celebrar contrato : Lista de Chequeo Persona Natural
Adición y Prorroga	x	5645	
Adición			
Prorroga			
Reinicio			

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

PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA SERVICIOS AMBULATORIOS 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 ENFERMERÍA SERVICIOS AMBULATORIOS	CAROL LORENA MARENTES CRUZ	C.C.	1073717326

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				
		ACTIVIDAD		186	$ 1.416.018	

ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

Las mismas del contrato inicial N° 5645

CONSTANCIA DE NO EXISTENCIA DE PERSONAL EN PLANTA

NORIDA RAFAELA SEGURA CUELLAR
LIDER ASISTENCIAL

INGRID PAOLA LOZANO TORRES
Directora de Gestion del Riesgo