Alvarado Moreno E.
CC 72290220

157

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	FORMATO DE REQUERIMIENTO	Versión:	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	27/06/2017	
		Código:	04-02-FO-0011	

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE

Quien solicita (colocar cargo y /o perfil del supervisor)	**Fecha de la Solicitud**			**Dependencia o sede: Nutricion**
	Dia	**Mes**	**Año**	**DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS**
VIVIANA TEJEA PALACIO / Lider de Nutricion y Dietetica	16	1	2019	

Contrato Nuevo (Marque con una X)	X	**Formato documentos mínimos para celebrar contrato : Lista de Chequeo Persona Natural**

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

La oficina de Nutricion requiere garantizar el Apoyo en la elaboración y suscripción de los procesos Contractuales como Auxiliar de Dietas en el acompañamiento de las diferentes actividades que se realizan en la Subred integrada de servicios de salud Sur Occidente ESE En concordancia con las obligaciones y actividades pactadas.

Descripciòn del servicio solicitado

Alistamiento, preparacion, distribución y lavado de menaje

AREA	ADMINISTRATIVO		ASISTENCIAL	X
PERFIL	AUXILIAR DE DIETAS			

NUMERO DE PERSONAS REQUERIDAS: 1

HABILIDADES: SIN EXPERIENCIA

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	Marque con una X según corresponda las condiciones del contrato		CANTIDAD (meses ,horas, actividades a contratar)	**Observaciones: "Según resolucion honorarios 2019"**
	MES			
	HORA	X	186	
	ACTIVIDAD			

ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

1.Desarrollar actividades de acuerdo a la organizacion del servicio,2.Elaboracion de preliminar diario,3.Servida de bebidas frias y calientes de acuerdo al momento de elaboracion,4.Asistir a la servida de dietas de acuerdo a lo solicitado por cada nutricionista de piso, teniendo en cuenta la buena practica,5.Entrega de dietas a cada paciente hospitalizado de acuerdo a su patologia,6.Recoger menaje en su debido tiempo inactivando y desechando en bolsa pertinentes los sobrantes,7.Lavado de menaje y carros respectivos de acuerdo a la distribucion de sus pisos, 8.Entrega de turno dejando todo en completo orden y desinfeccion.

DANNYS IVETH TEHERAN TURIZO Directora de Servicios Complementarios	YULIETH LOPEZ RETAMOSO Vo.Bo. Subgerente Prestacion de Servicios de Salud