

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                         |                                                                                                                |                                              |                                                                                     |                    |                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------|
|  <b>REQUERIMIENTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA ADICION Y/O PRORROGA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                         | Versión: 1<br>Fecha de aprobación: 24/02/2017<br>Código: 04-02-FO-0005                                         |                                              |  |                    |                       |
| <b>Quien solicita</b><br>REFERENTE ESPACIO PUBLICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                         | <b>Fecha de la Solicitud</b><br>Día: 3 Mes: 1 Año: 2019                                                        |                                              | <b>Dependencia o sede:</b><br>PAPS 10 ABASTOS<br>DIRECCION DE GESTIÓN DEL RIESGO    |                    |                       |
| <b>Motivo de la solicitud (Marque con una X)</b><br>Adición y Prorroga<br>Adición<br>Prorroga <input checked="" type="checkbox"/> X<br>Reinicio                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                         | No CONTRATO                                                                                                    |                                              | 0596                                                                                |                    |                       |
| Formato documentos mínimos para celebrar contrato : Lista de Chequeo Persona Natural                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                         |                                                                                                                |                                              |                                                                                     |                    |                       |
| <b>JUSTIFICACIÓN O NECESIDAD DE LA PRESTACION DE SERVICIO REQUERIDO</b><br>(Previa verificación presupuestal)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                         |                                                                                                                |                                              |                                                                                     |                    |                       |
| PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN TRABAJO SOCIAL REFERENTE VEJEZ. 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                         |                                                                                                                |                                              |                                                                                     |                    |                       |
| <b>Descripción del servicio solicitado</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                         |                                                                                                                |                                              |                                                                                     |                    |                       |
| 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                         |                                                                                                                |                                              |                                                                                     |                    |                       |
| <b>AREA:</b> ADMINISTRATIVO <input type="checkbox"/> ASISTENCIAL <input checked="" type="checkbox"/> X                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                         |                                                                                                                |                                              |                                                                                     |                    |                       |
| <b>PERFIL:</b> PROFESIONAL EN ENFERMERIA ADRIANA PATRICIA CASTAÑEDA BELTRAN C.C. 1030565031                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                         |                                                                                                                |                                              |                                                                                     |                    |                       |
| <b>NUMERO DE PERSONAS REQUERIDAS:</b> 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                         |                                                                                                                |                                              |                                                                                     |                    |                       |
| <b>EXPERIENCIA: (En años)</b> EN:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                         |                                                                                                                |                                              |                                                                                     |                    |                       |
| <b>HABILIDADES:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                         |                                                                                                                |                                              |                                                                                     |                    |                       |
| <b>RIESGOS DE LA CONTRATACIÓN:</b> 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. |                                                         |                                                                                                                |                                              |                                                                                     |                    |                       |
| <b>TIEMPO DE EJECUCION</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>MONTO TOTAL</b> (valor no debe registrarse en lápiz) | Marque con una X según:                                                                                        | <b>VALOR UNITARIO</b> (mes, hora, actividad) | <b>CANTIDAD</b> (meses, horas, actividades a contratar)                             | <b>VALOR TOTAL</b> | <b>Observaciones:</b> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> MES<br><input type="checkbox"/> HORA<br><input type="checkbox"/> ACTIVIDAD | \$0                                          | 31 DE ENERO DE 2019                                                                 | \$                 |                       |
| <b>ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                         |                                                                                                                |                                              |                                                                                     |                    |                       |
| Las mismas del contrato inicial N° 596                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                         |                                                                                                                |                                              |                                                                                     |                    |                       |
| <b>CONSTANCIA DE NO EXISTENCIA DE PERSONAL EN PLANTA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                         |                                                                                                                |                                              |                                                                                     |                    |                       |
| DIANA PAOLA RAMIREZ GUALTEROS<br>REFERENTE ESPACIO PUBLICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                         |                                                                                                                |                                              | MIREYA PEÑA ROJAS<br>Directora de Gestión del Riesgo (e)                            |                    |                       |