	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:
REFERENTE DE PROGRAMAS	Dia	Mes	Año	Unidad de Servicios de Salud - Terminales
	22	11	2018	DIRECCION DE GESTIÓN DEL RIESGO

Motivo de la solicitud (Marque con una X)		No CONTRATO	
Adición y Prorroga	X	6039	Formato documentos mínimos para celebrar contrato : Lista de Chequeo Persona Natural
Adición			
Prorroga			
Reinicio			

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

PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PAI 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 intitución

Descripción 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 ENFERMERIA PAI	DEYSY PAOLA ALARCON NUÑEZ	C.C	1031142783

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 actividadesRiesgo 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 letras)	Marque con una X según corresponda tipo de contrato	VALOR UNITARIO(mes, hora actividad)	CANTIDAD (meses, horas actividades a contratar)	VALOR TOTAL	Observaciones
		MES	$1.613.395	1 Mes	$ 1.613.395	
		HORA				
		ACTIVIDAD				

ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

Las mismas del contrato inicial N° 6039

CONSTANCIA DE NO EXISTENCIA DE PERSONAL EN PLANTA

Jenny Andrea Alfonso B

YENNY ANDREA ALFONSO BERNAL
REFERENTE DE PROGRAMAS

INGRID PAOLA LOZANO TORRES
Directora de Gestion del Riesgo