	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 VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA	Dia	Mes	Año	Unidad de Servicios de Salud PIC - Fontibon
	3	1	2019	DIRECCION DE GESTIÓN DEL RIESGO

Motivo de la solicitud (Marque con una X)		No CONTRATO		
Adición y Prorroga	X	0479	Formato documentos mínimos para celebrar contrato : Lista de Chequeo Persona Natural	
Adición				
Prorroga				
Reinicio				

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

PRESTAR SERVICIOS COMO AGENTE DE CAMBIO DISCAPACIDAD 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	AGENTE DE CAMBIO DISCAPACIDAD	CARMENZA FELICIANO GARZON	C.C.	41722174

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 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	VALOR UNITARIO(mes, hora, actividad)	CANTIDAD (meses ,horas, actividades a contratar)	VALOR TOTAL	Observaciones:
		MES	$1.232.428	31 DE ENERO DE 2019	$ 616.214	
		HORA				
		ACTIVIDAD				

ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

Las mismas del contrato inicial N° 479

CONSTANCIA DE NO EXISTENCIA DE PERSONAL EN PLANTA

P/A Katherine Sosa P.
SMITH EDITH LOZANO GUEVARA
REFERENTE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA

MIREYA PEÑA ROJAS
Directora de Gestion del Riesgo (e)