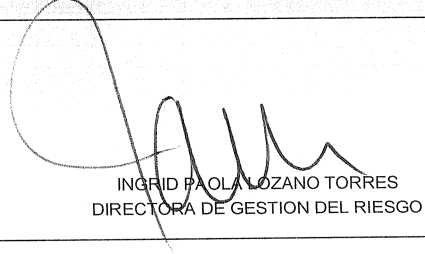


	REQUERIMIENTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA ADICION Y/O PRORROGA	Versión:	1	
		Fecha de aprobación:	24/02/2017	
		Código:	04-02-FO-0005	

Quien solicita (colocar cargo y /o perfil del supervisor) REFERENTE ESPACIO VIVIENDA	Fecha de la Solicitud			Dependencia o sede: DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD		
	Día	Mes	Año			
	21	08	2019			
Motivo de la solicitud (Marque con una X)		No CONTRATO				
Adición y Prorroga ☒	4779-2019	Formato documentos mínimos para celebrar contrato : Lista de Chequeo Persona Natural				
Adición ☐						
Prorroga ☐						
Reinicio ☐						
JUSTIFICACIÓN O NECESIDAD DE LA PRESTACION DE SERVICIO REQUERIDO (Prevía verificación presupuestal)						
La Dirección de Gestión del Riesgo en la dependencia Colectiva requiere garantizar el Apoyo en el área de ESPACIO VIVIENDA en la Subred Integrada de servicios de salud Sur Occidente ESE En concordancia con las obligaciones y actividades pactadas.						
Descripción del servicio solicitado						
Se requiere garantizar las actividades de FISIOTERAPEUTA en los diferentes componentes de salud						
AREA: ADMINISTRATIVO		ASISTENCIAL ☒				
PERFIL	FISIOTERAPEUTA JOYCE EDITH ECHEVERRI - 52983744					
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 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						
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
		MES	X	1	\$3254894	
		HORA			0	
		ACTIVIDAD			0	
ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA						
Las mismas del contrato inicial 4779-2019						
CONSTANCIA DE NO EXISTENCIA DE PERSONAL EN PLANTA						
 ANGELA MARIA FORERO RODRIGUEZ REFERENTE ESPACIO VIVIENDA				 INGRID PAOLA LOZANO TORRES DIRECTORA DE GESTION DEL RIESGO		