

	REQUERIMIENTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA ADICION Y/O PRORROGA		Versión:	1																																		
			Fecha de aprobación:	7/1/2020																																		
			Código:	04-02-FO-0005																																		
<table border="1"> <tr> <td rowspan="3"> Quien solicita (colocar cargo y /o perfil del supervisor) LINA MARIA OLIVEROS HERNANDEZ DIRECTORA DE SERVICIOS HOSPITALARIOS </td> <td colspan="3">Fecha de la Solicitud</td> <td rowspan="3"> Dependencia o sede: DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS </td> </tr> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>2</td> <td>2024</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Motivo de la solicitud (Marque con una X)</td> <td colspan="2">No CONTRATO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Adición y Prorroga</td> <td>☒</td> <td colspan="2"></td> <td rowspan="4"> Formato documentos mínimos para celebrar contrato : Lista de Chequeo Persona Natural </td> </tr> <tr> <td>Adición</td> <td>☐</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Prorroga</td> <td>☐</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Reinicio</td> <td>☐</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>						Quien solicita (colocar cargo y /o perfil del supervisor) LINA MARIA OLIVEROS HERNANDEZ DIRECTORA DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	Fecha de la Solicitud			Dependencia o sede: DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	Día	Mes	Año	2	2	2024	Motivo de la solicitud (Marque con una X)		No CONTRATO			Adición y Prorroga	☒			Formato documentos mínimos para celebrar contrato : Lista de Chequeo Persona Natural	Adición	☐			Prorroga	☐			Reinicio	☐		
Quien solicita (colocar cargo y /o perfil del supervisor) LINA MARIA OLIVEROS HERNANDEZ DIRECTORA DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	Fecha de la Solicitud			Dependencia o sede: DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS																																		
	Día	Mes	Año																																			
	2	2	2024																																			
Motivo de la solicitud (Marque con una X)		No CONTRATO																																				
Adición y Prorroga	☒			Formato documentos mínimos para celebrar contrato : Lista de Chequeo Persona Natural																																		
Adición	☐																																					
Prorroga	☐																																					
Reinicio	☐																																					
<p align="center">JUSTIFICACIÓN O NECESIDAD DE LA PRESTACION DE SERVICIO REQUERIDO (Previa verificación presupuestal)</p> <p>En atención a las recomendaciones adoptadas para la prevención y contención de enfermedades y a la política de cero papel, en cumplimiento de la normatividad vigente y con el fin de dar continuidad a la misión, visión, objetivos y planes institucionales se solicita prorrogar el plazo y adicionar el valor de los contratos de prestación de servicios de apoyo a la gestión celebrados con la Subred Integrada de servicios de salud Sur Occidente, previo seguimiento realizado por el supervisor del contrato y conforme a base anexa a este requerimiento.</p>																																						
<p align="center">Descripción del servicio solicitado</p> <p align="center"><u>SE REQUIERE DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DEL SERVICIO DE ACUERDO AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS QUE SE ENCUENTRA EN EJECUCION PARA LA ATENCION DE PACIENTES QUE REQUIERAN ACCEDER A LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE.</u></p>																																						
<table border="1"> <tr> <td>AREA:</td> <td>ADMINISTRATIVO ☐</td> <td>ASISTENCIAL ☐</td> </tr> <tr> <td>PERFIL</td> <td colspan="2">PERFIL DE ACUERDO AL CONTRATO EN EJECUCION Y A LA BASE ENVIADA</td> </tr> </table>						AREA:	ADMINISTRATIVO ☐	ASISTENCIAL ☐	PERFIL	PERFIL DE ACUERDO AL CONTRATO EN EJECUCION Y A LA BASE ENVIADA																												
AREA:	ADMINISTRATIVO ☐	ASISTENCIAL ☐																																				
PERFIL	PERFIL DE ACUERDO AL CONTRATO EN EJECUCION Y A LA BASE ENVIADA																																					
<table border="1"> <tr> <td>NUMERO DE PERSONAS REQUERIDAS:</td> <td></td> </tr> </table>						NUMERO DE PERSONAS REQUERIDAS:																																
NUMERO DE PERSONAS REQUERIDAS:																																						
<table border="1"> <tr> <td>EXPERIENCIA: (En años) _____</td> <td>EN: _____</td> </tr> </table>						EXPERIENCIA: (En años) _____	EN: _____																															
EXPERIENCIA: (En años) _____	EN: _____																																					
HABILIDADES:																																						
<p>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.</p>																																						
<table border="1"> <tr> <th rowspan="4">TIEMPO DE EJECUCION</th> <th rowspan="4">MONTO TOTAL (valor no debe registrarse en lapiz)</th> <th>Marque con una X según corresponda tipo de contrato</th> <th>VALOR UNITARIO (mes, hora, actividad)</th> <th>CANTIDAD (meses, horas, actividades a contratar)</th> <th>VALOR TOTAL</th> <th rowspan="4">Observaciones Teniendo en cuenta la justificación del presente requerimiento se solicita adicionar y prorrogar los contratos de prestación de servicios de apoyo a la gestión relacionados en base de datos anexa al presente requerimiento</th> </tr> <tr> <td>MES</td> <td></td> <td></td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>HORA</td> <td></td> <td></td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>ACTIVIDAD</td> <td></td> <td></td> <td>0</td> </tr> </table>						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 Teniendo en cuenta la justificación del presente requerimiento se solicita adicionar y prorrogar los contratos de prestación de servicios de apoyo a la gestión relacionados en base de datos anexa al presente requerimiento	MES			0	HORA			0	ACTIVIDAD			0														
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 Teniendo en cuenta la justificación del presente requerimiento se solicita adicionar y prorrogar los contratos de prestación de servicios de apoyo a la gestión relacionados en base de datos anexa al presente requerimiento																														
		MES			0																																	
		HORA			0																																	
		ACTIVIDAD			0																																	
<p align="center">ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA</p>																																						
<p>CONSTANCIA DE NO EXISTENCIA DE PERSONAL EN PLANTA</p> <p align="center">  LINA MARIA OLIVEROS HERNANDEZ DIRECTORA DE SERVICIOS HOSPITALARIOS </p>																																						

item	NÚMERO CONTRATO	NOMBRE CONTRATISTA	DIRECCION TECNICA	AREA ESPECIFICA	NOMBRE SUPERVISOR	PERFIL DEL CONTRATISTA	REQUERIMIENTO O PRORROGA HASTA:	REQUERIMIENTO ADICION POR VALOR DE:
1	006-2024	GUTIERREZ HINOSTROZA MARIA FERNANDA	DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	HOSPITALIZACION	YORBY CONSTANZA MOSQUERA RODRIGUEZ	MEDICO GENERAL	30/04/2024	\$ 20.377.044
2	008-2024	CARDOZO RODRIGUEZ NELLY MILENA	DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	HOSPITALIZACION	MONTERO CORTES DIANA CAROLINA	AUXILIAR DE ENFERMERIA HOSPITALIZACIÓN	30/04/2024	\$ 5.870.160
3	009-2024	HOYOS ORJUELA NASLY BRIGITH	DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	HOSPITALIZACION	MONTERO CORTES DIANA CAROLINA	AUXILIAR DE ENFERMERIA HOSPITALIZACIÓN	30/04/2024	\$ 5.870.160
4	15-2024	GIRALDO HASBON ABRAHAM OCTAVIO	DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	CIRUGIA GENERAL	MARITZA MILENA MEJIA LOZANO	MÉDICO ESPECIALISTA-CIRUJANO GENERAL	30/04/2024	\$ 48.359.628
5	17-2024	HURTADO HERNANDEZ JENNY ALEXANDRA	DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	ENFERMERIA	MARITZA MILENA MEJIA LOZANO	AUXILIAR DE ENFERMERIA HOSPITALIZACIÓN	30/04/2024	\$ 7.637.520
6	20-2024	PACHON AMON YULY ALEJANDRA	DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	SALUD MENTAL	MORALES HOYONES IVETE VANESSA	MEDICO GENERAL	30/04/2024	\$ 20.523.116
7	21-2024	LOPEZ MORA SARA ROCIO	DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	SALUD MENTAL	MORALES HOYONES IVETE VANESSA	MEDICO GENERAL	30/04/2024	\$ 20.523.116