Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**REQUERIMIENTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA ADICION Y/O PRORROGA**	Versión:	1
		Fecha de aprobación:	1/07/2020
		Código:	04-02-FO-0005
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.			

Quien solicita (colocar cargo y /o perfil del supervisor)	**Fecha de la Solicitud**			**Dependencia o sede:**
MIRELLA PEÑA ROJAS **DIRECTORA DE SERVCIOS AMBULATORIOS**	**Dia**	**Mes**	**Año**	**USS PUENTE ARANDA, , CAPS PORVENIR, HOSPITAL BOSA , USS FLORALIA , USS ESTACION , USS OLARTE , USS NUEVAS DELICIAS, USS CUNDINAMARCA, CAPS TRINIDAD GALAN, CAPS KENNEDY, USS CARBONELL, CAPS PABLO VI, CAPS BOMBEROS , USS CATLINA, USS BRITALIA, CAPSPATIO BONITO TINTAL, CAPS PATIOS, CENTRO DE SALUD MEXICANA, USS ABASTOS, CENTRO DE SALUD VILLA JAVIER, CENTRO DE SALUD TINTAL, CAPS ZONA FRANCA, USS INTERNACIONAL, USS SAN PABLO, USS ALQUERIA, USS ALCALA MUZU , USS ASUNCION BOCHICA, USS CENTRO DIA, PUERTA DE TEJA, CDC BELLAVISTA, CDC TRINIDAD GALAN**
	19	**04**	**2024**	

Motivo de la solicitud (Marque con una X)		**No CONTRATO**	
Adición y Prorroga	**X**		**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)

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.

Descripción del servicio solicitado

se requieren los servicios contratados conforme a la relación de base adjunta

AREA:	ADMINISTRATIVO		ASISTENCIAL	**X**

PERFIL	De acuerdo al contrato y a la base adjunta Y/O contratos en ejecución
NUMERO DE PERSONAS REQUERIDAS:	**De acuerdo a lo relacionado en base adjunta**
EXPERIENCIA: (En años)	EN:

HABILIDADES: sentido pertenencia con la institución, trabajo en equipo, escucha, herramientas de comunicación asertiva.

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 HASTA EL 31 DE MAYO 2024	**MONTO TOTAL** (valor no debe registrarse en lápiz)	Marque con una X según corresponda tipo de contrato	VALOR UNITARIO (mes, hora, actividad)	CANTIDAD (meses, horas, actividades a contratar)	VALOR TOTAL	**Observaciones: se solicita adicionar y prorrogar hasta el 31 de MAYO 2024**
		MES			**0**	
		HORA			**0**	
		ACTIVIDAD			**0**	

ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

De acuerdo al contrato y a la base adjunta

CONSTANCIA DE NO EXISTENCIA DE PERSONAL EN PLANTA

MIRELLA PEÑA ROJAS
DIRECTORA DE SERVICIOS AMBULATORIOS

	A	B	D	E	F	I	M	N	O
1	**ITEM**	**NÚMERO CONTRATO**	**NOMBRE CONTRATISTA**	**DIRECCION TECNICA**	**AREA ESPECIFICA**	**NOMBRE SUPERVISOR**	**PERFIL DEL CONTRATISTA**	**REQUERIMIENTO PRORROGA HASTA:**	**REQUERIMIENTO ADICION POR VALOR DE:**
78	1	3093-2024	ANGELA MARÍA MORENO COBOS	DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS	CONSULTA EXTERNA	MICHAEL DAVID GOMEZ REYES	MEDICO GENERAL	31 DE MAYO 2024	$ 6.101.916,00