Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**FORMATO DE REQUERIMIENTO PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA NUEVO CONTRATO**	Versión:	**4**
		Fecha de aprobación:	**9/09/2024**
		Código:	**04-02-FO-0011**
			ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

DATOS DE SOLICITUD

Dependencia solicitante	**Fecha de la Solicitud**			**Tipo de requerimiento**	**ASISTENCIAL**
	Día	**Mes**	**Año**	**Sede:**	**HOSPITAL DE FONTIBON**
DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	5	12	2024		

JUSTIFICACIÓN O NECESIDAD DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIO REQUERIDO

☐ Nuevo	**Justificación:**	**El Subproceso de Nutrición requiere la contratación de un tanscriptor para la realización de actividades en la Subred integrada de servicios de salud Sur Occidente ESE.**					
☐ Reemplazo OPS	**Numero de OPS a reemplazar:**		**Motivo**	**Terminación de contrato**	**Otro** ☐	**Cual:**	**Fecha de retiro:**
☑ Cambio de vigencia	**Nombre completo**		**Numero de documento**				

DESCRIPCIÓN DEL PERFIL A CONTRATAR

Perfil	**Digitador - Transcriptor**	**Formación académica requerida**	
Requiere experiencia	☐ SI ☑ NO	**Descripción de la experiencia requerida**	
Habilidades o conocimientos específicos	**Trabajo en equipo, proactividad, responsabilidad, organización**		
Numero de personas requeridas	**1**	**Requiere cursos de habilitación**	☐ SI ☐ NO

FUENTE DE FINANCIACIÓN

Honorarios ☐	**Remuneración Servicios Técnicos** ☐	**Asistencial General** ☑	**Asistencial PIC** ☐

Recursos Propios:	**SI** ☑	**NO** ☐	**Vigencias futuras**	**SI** ☐	**NO** ☑
Convenio	**SI** ☐	**NO** ☑	**No. Convenio:**	**Suscrito con:**	
PROYECCIÓN Marque la casilla correspondiente según las condiciones del contrato en lo relacionado a honorarios para proyección del valor a contratar	MES	☐			
	HORA	☑	Numero de horas mensuales	186	

DESCRIPCIÓN CONTRACTUAL

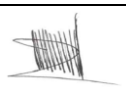
OBJETO DEL CONTRATO

Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area Nutricion como auxiliar de enfermeria dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.

ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

SUPERVISIÓN DEL CONTRATO

NOMBRE Y CARGO DE QUIEN EJERCERÁ LA SUPERVISIÓN		**NOMBRE Y PERFIL DEL APOYO A LA SUPERVISIÓN (SI APLICA)**	
1. Nombre:		1. Nombre	
2. Identificación:		2. Identificación	
3. Cargo:		3. Perfil	



Firma de Director o Jefe de Oficina		Firma Subgerente de Prestacion de Servicios de Salud	
Nombre de Director o Jefe de Oficina	LUZ DARY TERAN MERCADO	Nombre Subgerente de Prestacion de Servicios de Salud	DIANA MILENA MENDIVELSO DIAZ

RIESGOS DE LA CONTRATACIÓN: 1) Inhabilidades e incompatibilidades sobrevinientes. 2) Demora en el inicio de la ejecución del contrato; 2) Errores en la supervisión; 3) Riesgo relacionado al cumplimiento de sus actividades; 4) Riesgo por no asistencia a las actividades programadas; 5) Riesgo en la planeación de las actividades por realizar; 6) Riesgo por no cumplimiento de normas y políticas institucionales, entre las que se encuentran misión, visión, planes de acción, objetivos, metas e indicadores; 7) Riesgo de no cumplimiento de los parámetros de calidad establecidos por el supervisor para las actividades asignadas; 8) No entrega de soportes , registros de las actividades de acuerdo con los procedimientos y requerimientos de la Entidad

Fecha en la que se recepciona el requerimiento por parte de la subgerencia correspondiente:_____	Fecha en la que se recepciona el requerimiento por parte de la Dirección de Talento Humano:_____