	REQUERIMIENTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA ADICIÓN Y/O PRORROGA	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	22/02/2024	
		Código:	04-02-FO-0005	

Quien solicita (colocar cargo y/o perfil del supervisor) Liliana Castiblanco Moscos Director de Servicios Ambulatorios (E.)	Fecha de la Solicitud			Dependencia o sede: DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS
	Día	Mes	Año	
	20	1	2025	
Motivo de la solicitud (Marque con una 'X')		No CONTRATO		
Adición y Prorroga Adición ☒ Prorroga ☐ Reinicio ☐	8027-2024		Formato documentos mínimos para celebrar contrato : Lista de Chequeo Persona Natural	

JUSTIFICACIÓN O NECESIDAD DE LA PRESTACION DE SERVICIO REQUERIDO (Prevía verificación presupuestal)	
La Dirección de servicios ambulatorios requiere garantizar el Apoyo ODONTOLOGO en la Subred Integrada de servicios de salud Sur Occidente ESE En concordancia con las obligaciones y actividades pactadas.	
Descripción del servicio solicitado ODONTOLOGO	
AREA: ADMINISTRATIVO ☐	ASISTENCIAL ☒
PERFIL	Odontologo- Martha Liliana Cortes Suarez-CC 52428269

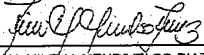
NUMERO DE PERSONAS REQUERIDAS:	1
EXPERIENCIA: (En años)	EN:

HABILIDADES: Trabajo en equipo, Respeto, Compromiso, Disciplina
RIESGOS DE LA CONTRATACIÓN: Inhabilidad e incompatibilidades sobrevenientes. 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: Adición del 1 al 10 de enero 2025
		MES				
		HORA	\$ 17.817	62	\$ 1.104.654	
		ACTIVIDAD			0	

ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA
1. Atender la consulta programada de odontología general y urgencias odontológicas. 2. Realizar la historia clínica, valoración y examen de odontología, registrar el diagnóstico, plan de tratamiento y evolución según historia clínica institucional, SISVESO. 3. Diligenciar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1.9994. Solicitar exámenes paraclínicos en caso necesario y remitir pacientes a especialista para continuar tratamiento cuando sea necesario. 5. Cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la institución. 6. Contribuir en la evaluación de actividades de impacto en la prestación de servicios de salud oral. 7. Realizar el informe de gestión mensual y hacer entrega oportuna de los mismos. 8. Apoyar los procesos de facturación de los servicios que preste y responder por las glosas generadas por errores en los procedimientos establecidos. 9. Todas las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y sean afines al desarrollo del objeto del contrato. 10. Adherencia al manual de agendas institucionales (no manipulación de agendas). 11. Uso adecuado del uniforme y carne según lineamiento institucional. 12. Asumir el 100% de la glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y o acciones de calidad, oportunidad o de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista

CONSTANCIA DE NO EXISTENCIA DE PERSONAL EN PLANTA	
 ALBA EDITH LOPEZ LOPEZ LIDER ASISTENCIAL	 Vo.Bo. LILIANA CASTIBLANCO MOSCOS DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS (E.)

En caso de solicitar sólo <u>adición</u> favor tramite este espacio	 DIANA MILENA MENDIVELSO DIAZ Vo.Bo. SUBGERENTE DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD
---	---