	HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS E.S.E NIT. 892.000.264 – 4	
	PROCESO GESTIÓN DE PLANEACIÓN	
	FORMATO SOLICITUD DE NECESIDADES	
Fecha: 08/04/2024	Código: GJ-SP1-FR-05	Versión: 04

SOLICITUD DE NECESIDAD ADMINISTRATIVA

BIEN		SERVICIO	X	**No. ORDEN:**	

* Fecha de solicitud: 24 (**DD**) 3 (**MM**) 2025 (**AAA**) *Dependencia: AREA AISTENCIAL Y ADMINISTRATIVA *Teléfono: _____

DESCRIPCION DE LA SOLICITUD: PRESTACIÓN DE SERVICIOS TEMPORALES PARA EL PARQUE AUTOMOTOR (AMBULANCIAS, UNIDAD MÓVIL Y CAMIONETA DE GERENCIA) PROPIEDAD DEL HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACÍAS E.S.E.

Prioridad de la solicitud: Alta o prioritaria [X] Normal [ ] Baja [ ]

ÍTEM	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	AUTOMOTOR
1	CINCO (05) CONDUCTORES, de lunes a lunes de 6:00 am a 6:00 pm y de 6:00 pm a 6:00 am	AMBULANCIAS Y UNIDA MÓVIL DEL HOSPITAL DE ACACÍAS ESE.
2	UN (01) CONDUCTOR, de lunes a viernes de 8:00 am a 6:00 pm y el sábado de 8:00 am a 2:00 pm.	CAMIONETA GERENCIA DEL HOSPITAL DE ACACÍAS ESE.

CAUSA QUE ORIGINA LA SOLICITUD: La entidad tiene habilitado el servicio de transporte y es responsable de la atención durante el mismo, con la tecnología disponible de acuerdo con el servicio de ambulancia habilitado, hasta la entrega del paciente en la entidad receptora definida por la entidad responsable del pago.

JUSTIFICACION O DIAGNOSTICO: El Hospital Municipal de Acacias E.S.E, es una institución de I Nivel de atención y es la única institución habilitada para prestar el servicio de urgencias las 24 Horas, en el Municipio de Acacias. Conforme en lo establecido en el Decreto 4747 de 2007 Artículo 17, y demás normas vigentes sobre referencia y contra referencia de usuarios.

***Firma de Solicitante**	(Original Firmado)	**(Original Firmado)**
Fecha:	***Firma de Recepciona**	*** Firma quien Aprueba**
	Fecha:	**Fecha:**

Nota: Es responsabilidad del Funcionario/Contratista el Uso debido de los Equipos y la infraestructura del Hospital de Acacias E.S.E.

Espacio de uso exclusivo para administración

Observaciones: _____