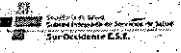


5869-2020

		FORMATO DE REQUERIMIENTO		Versión: 2		
				Fecha de aprobación: 27/06/2017		
				Código: 04-02-FO-0011		
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE						
Quien solicita (colocar cargo y/o perfil del supervisor) VIVIANA TEJEA PALACIO / Líder de Nutrición y Dietética		Fecha de la Solicitud		Dependencia o sede: Nutrición		
		Día 6	Mes 7	Año 2020	DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	
Contrato Nuevo (Marque con una X)		X		Formato documentos mínimos para celebrar contrato : Lista de Chequeo Persona Natural		
JUSTIFICACIÓN O NECESIDAD DE LA PRESTACION DE SERVICIO REQUERIDO (Prevía verificación presupuesta)						
La oficina de Nutrición requiere garantizar el Apoyo en la elaboración y suscripción de los procesos Contractuales como Auxiliar de Cocina en el acompañamiento de las diferentes actividades que se realizan en la Subred integrada de servicios de salud Sur Occidente ESE. En concordancia con las obligaciones y actividades pactadas.						
Descripción del servicio solicitado						
Alistamiento, preparación, distribución y lavado de menaje						
AREA ADMINISTRATIVO		☐		ASISTENCIAL ☒		
PERFIL AUXILIAR DE COCINA						
NUMERO DE PERSONAS REQUERIDAS: 1						
HABILIDADES: SIN EXPERIENCIA						
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	Marque con una "X" según corresponda las condiciones del contrato		CANTIDAD (meses, horas, actividades a contratar)	Observaciones:		
	MES					
	HORA		X	186		
	ACTIVIDAD					
ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA						
Apoyar la elaboración de las dietas terapéuticas con base a las necesidades patológicas de los pacientes hospitalizados, todo relacionado a una minuta pre establecida teniendo en cuenta los requerimientos nutricionales de los mismos						
 ANA MARIA MAHECHA Directora de Servicios Complementarios (E)			 DANIEL BLANCO SANTAMARIA Vo.Bo. Subgerente Prestación de Servicios de Salud (E)			

08072020

RUTH

Visto
08/07/2020