



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:

31

7

2025

DD

MM

AAA

* Dependencia:

ÁREA AISTENCIAL,

*Teléfono:

* DESCRIPCION DE LA SOLICITUD: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE TRANSPORTE TERRESTRE ESPECIAL PARA LA EJECUCIÓN DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD APS EN CUMPLIMIENTO DE LAS RESOLUCIONES EMITIDAS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA LA OPERACIÓN DE LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS META, VIGENCIA 2025

Prioridad de la solicitud:

Alta o prioritaria

Normal

Baja

ÍTEM	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	UNIDAD DE MEDIDA
1	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE TRANSPORTE TERRESTRE ESPECIAL PARA LA EJECUCIÓN DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD APS EN CUMPLIMIENTO DE LAS RESOLUCIONES EMITIDAS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA LA OPERACIÓN DE LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS META, VIGENCIA 2025	VIAJES DE IDA Y REGRESO

CAUSA QUE ORIGINA LA SOLICITUD: Por lo anteriormente expuesto y con el ánimo de dar cumplimiento a las acciones colectivas proyectadas para la presente vigencia, se hace necesario suscribir un contrato de necesidad de contratación para la prestación de servicios de transporte terrestre especial para la ejecución de la estrategia de atención primaria en salud APS en cumplimiento de la resolución 1499 del 2024 emitida por el ministerio de salud y protección social para la operación de los equipos básicos de salud en el municipio de Acacias meta, para el Municipio el marco de la ejecución de las actividades de salud pública como fortalecimiento a la ejecución de actividades con enfoque poblacional.

JUSTIFICACION O DIAGNOSTICO: Es importante destacar que los recursos entregados por el Ministerio de Salud y Protección Social tienen como objetivo poder ejecutar la estrategia de atención primaria en salud, pues la no ejecución implicaría la devolución de los recursos, se solicita contratar los servicios en cumplimiento del presente proceso.

FIRMADO EN ORIGINAL

*Firma de Solicitante

Fecha:

FIRMADO EN ORIGINAL

*Firma de Recepciona

Fecha:

FIRMADO EN ORIGINAL

* Firma quien Aprueba

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: