
	REQUERIMIENTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA ADICION Y/O PRORROGA Y/O MODIFICACIÓN	Versión: 1	
		Fecha de aprobación: 30/05/2025	
		Código: 18-02-FO-0018	

Quien solicita (colocar cargo y /o perfil del supervisor) ADRIANA MARCELA TOQUICA ESPITIA Directora Servicios Complementarios	Fecha de la Solicitud			Dependencia o sede: Dirección de Servicios Complementarios SUBRED SUR OCCIDENTE E.S.E.
	Día	Mes	Año	
	23	01	2026	

Motivo de la solicitud (Marque con una X)		No. CONTRATO
Adición y Prorroga		
Adición	X	
Prorroga		
Modificación		

DATOS DEL CONTRATISTA	NOMBRE:	CC
PERFIL	CONFORME A BASE ADJUNTA	

JUSTIFICACIÓN O NECESIDAD O MODIFICACIÓN DE LA PRESTACION DE SERVICIO REQUERIDO
(Previa verificación presupuesta)

En atención a las recomendaciones adoptadas para la prevención y contención de enfermedades y a la política de cero papel, en cumplimiento de la normatividad vigente y con el fin de dar continuidad a la misión, visión, objetivos y planes institucionales se solicita prorrogar el plazo y adicionar el valor de los contratos de prestación de servicios de apoyo a la gestión celebrados con la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., previo seguimiento realizado por el supervisor del contrato y conforme a base anexa a este requerimiento.

Descripción del OBJETO CONTRACTUAL

La Dirección de Servicios Complementarios, requiere contar con talento humano con perfiles de: Auxiliar de enfermería, Nutricionistas, Profesional auxiliar de enfermería, Auxiliar de enfermería, Auxiliar de farmacia, Auxiliar de farmacia MIPRES, Enfermeros, Auxiliar de laboratorio, Bacteriologo, Digitadora, Enfermeros, Medico Hospitalarios, Mensajero motorizado, Nefrologo, Profesional (Bacteriologa), Profesional en enfermería, Psicologa, Químicos Farmaceuticos, Regente de Farmacia, Tecnico Administrativo, Tecnico en Rayos X, Imagenologia, Patologia, Profesional Especializado II, Apoyo Administrativo I, Tecnico en criminalistica, Histotecnologa, Tecnologo en criminalistica, Medico especialista patologo, Auxiliar cadena de custodia, Auxiliar de patologia, Lider asistencial, Referente tecnico, Profesional Universitario; en cumplimiento de las diferentes actividades que se realizan en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E, en concordancia con las obligaciones y actividades pactadas.

AREA:	ADMINISTRATIVO	X	ASISTENCIAL	X
--------------	----------------	---	-------------	---

NUMERO DE PERSONAS REQUERIDAS:	30
---------------------------------------	-----------

RIESGOS DE LA CONTRATACIÓN: Inhabilidad e incompatibilidades sobrevinientes. 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: Teniendo en cuenta la justificación del presente requerimiento se solicita adicionar a los contratos por prestación de servicios relacionados en base de datos anexa al presente requerimiento.
		MES			\$ 6.224.040	
		HORA			0	
		ACTIVIDAD			0	

DESCRIPCIÓN DE LA MODIFICACIÓN

CONFORME A LOS PERFILES DEL PROCESO A APOYAR

 Nombre y firma del Supervisor	 ADRIANA MARCELA TOQUICA ESPITIA Directora Servicios Complementarios
--	---


MASIVA ADICION Y PRORROGA 2025
 BERTHA LUCÍA MORA QUINONES
 Subgerente Prestación de Servicios

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E				Versión:	1							
	BASE SOLICITUD ADICIÓN Y/O PRÓRROGAS DE CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIO DE APOYO A LA GESTIÓN				Fecha de aprobación:	30/05/2025							
					Código:	18-02-FO-0019							

RELACIÓN DE ORDENES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) CONTRATACIÓN CUADRO No	6
FECHA DE LA SOLICITUD (1):	23/01/2026
DIRECCIÓN - OFICINA (2)	DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

ÍTEM	ÁREA O UNIDAD	NÚMERO DE CONTRATO- OPS	CÉDULA	NOMBRE CONTRATISTA	PERFIL	FECHA DE INICIO DE EJECUCIÓN	FECHA DE FINALIZACIÓN	PRÓRROGA EN MESES O DÍAS	FECHA FINALIZACIÓN DE LA PRÓRROGA	HORAS CONTRATADAS	VALOR HONORARIOS O VALOR HORA	NUMERO DE HORAS ENERO	NUMERO DE HORAS ADICIONALES ENERO	TOTAL NÚMERO DE HORAS PARA LA ADICIÓN	VALOR DE LA ADICIÓN	OBSERVACIONES
61	KENNEDY	1439-2025	80742256	MORALES SARMIENTO LUIS ALEJANDRO	AUXILIAR DE FARMACIA	1/02/2025	15/08/2025	16 DIAS	31/01/2026	186	\$ 11.526	186	90	90	\$ 1.037.340	ADICION
66	KENNEDY	1447-2025	1014213155	GAMBOA COPETE MARIA YOBANA	AUXILIAR DE FARMACIA	1/02/2025	15/08/2025	16 DIAS	31/01/2026	186	\$ 11.526	186	90	90	\$ 1.037.340	ADICION
70	KENNEDY	1456-2025	1030624203	ACOSTA AVILA JAN STEFANO	AUXILIAR DE FARMACIA	1/02/2025	15/08/2025	16 DIAS	31/01/2026	186	\$ 11.526	186	90	90	\$ 1.037.340	ADICION
87	VILLA JAVIER	1491-2025	52754721	GONZALEZ CAMERO VICTORIA ANGELICA	AUXILIAR DE FARMACIA	1/02/2025	15/08/2025	16 DIAS	31/01/2026	186	\$ 11.526	186	90	90	\$ 1.037.340	ADICION
92	PATIO BONITO	1502-2025	52316537	CASTRO NIÑO NANCY PATRICIA	AUXILIAR DE FARMACIA	1/02/2025	15/08/2025	16 DIAS	31/01/2026	186	\$ 11.526	186	90	90	\$ 1.037.340	ADICION
120	FONTIBON	3077-2025	56062090	REGINO CALDERIN ISIS ENITH	AUXILIAR DE FARMACIA	8/02/2025	15/08/2025	16 DIAS	31/01/2026	186	\$ 11.526	186	90	90	\$ 1.037.340	ADICION

TOTAL GENERAL	\$ 6.224.040
----------------------	---------------------



NOMBRE Y APELLIDO LUCIA MORA
ORDENADOR DEL GASTO



NOMBRE Y APELLIDO ADRIANA MARCELA TOQUICA ESPITIA
DIRECCION O JEFE DE OFICINA