

|                                                                                   |                                                                           |                      |               |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>REQUERIMIENTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA ADICIÓN Y/O PRORROGA</b> | Versión:             | 1             |  |
|                                                                                   |                                                                           | Fecha de aprobación: | 24/02/2017    |                                                                                     |
|                                                                                   |                                                                           | Código:              | 04-02-FO-0005 |                                                                                     |

|                                                                                                                     |                                   |                    |      |                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Quien solicita (colocar cargo y /o perfil del supervisor)</b><br><br><b>DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS</b> | <b>Fecha de la Solicitud</b>      |                    |      | <b>Dependencia o sede:</b><br><br><b>SERVICIOS DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS</b> |
|                                                                                                                     | Día                               | Mes                | Año  |                                                                                         |
|                                                                                                                     | 21                                | 7                  | 2020 |                                                                                         |
| <b>Motivo de la solicitud (Marque con una X)</b>                                                                    |                                   | <b>No CONTRATO</b> |      |                                                                                         |
| Adición y Prorroga <input checked="" type="checkbox"/>                                                              | Adición <input type="checkbox"/>  |                    |      | Formato documentos mínimos para celebrar contrato : Lista de Chequeo Persona Natural    |
| Prorroga <input type="checkbox"/>                                                                                   | Reinicio <input type="checkbox"/> |                    |      |                                                                                         |
|                                                                                                                     |                                   |                    |      |                                                                                         |

**JUSTIFICACIÓN O NECESIDAD DE LA PRESTACION DE SERVICIO REQUERIDO**  
(Previa verificación presupuestal)

En atención a la emergencia sanitaria por causa del COVID 19 y a las recomendaciones adoptadas para la prevención y contención de enfermedades, en cumplimiento de la normatividad nacional y distrital 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, previo seguimiento realizado por el supervisor del contrato y conforme a base anexa a este requerimiento.

**Descripción del servicio solicitado**

SE REQUIERE DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DEL SERVICIO DE ACUERDO AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS QUE SE ENCUENTRA EN EJECUCION PARA LA ATENCION DE PACIENTES QUE REQUIERAN ACCEDER A LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED SUROCCIDENTE.

|                                                      |                                             |
|------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <b>AREA:</b> ADMINISTRATIVO <input type="checkbox"/> | <b>ASISTENCIAL</b> <input type="checkbox"/> |
|------------------------------------------------------|---------------------------------------------|

|               |                                                                 |
|---------------|-----------------------------------------------------------------|
| <b>PERFIL</b> | PERFIL DE ACUERDO AL CONTRATO EN EJECUCION Y A LA BASE ENVIADA. |
|---------------|-----------------------------------------------------------------|

|                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| <b>NUMERO DE PERSONAS REQUERIDAS:</b> |  |
|---------------------------------------|--|

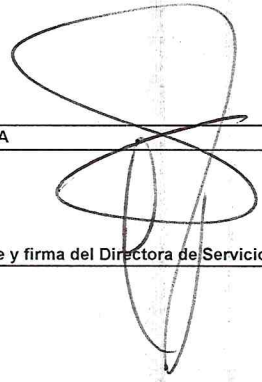
|                               |            |
|-------------------------------|------------|
| <b>EXPERIENCIA: (En años)</b> | <b>EN:</b> |
|-------------------------------|------------|

**HABILIDADES:**

**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 y prorrogar los contratos de prestación de servicios de apoyo a la gestión relacionados en base de datos anexa al presente requerimiento |
|-----------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                       |                                                  | MES                                                 |                                       |                                                  | 0           |                                                                                                                                                                                                                                             |
|                       |                                                  | HORA                                                |                                       |                                                  | 0           |                                                                                                                                                                                                                                             |
|                       |                                                  | ACTIVIDAD                                           |                                       |                                                  | 0           |                                                                                                                                                                                                                                             |

**ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA**

|                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  |
|-------------------------------------------------------------------------------------|

**CONSTANCIA DE NO EXISTENCIA DE PERSONAL EN PLANTA**

|                                                               |
|---------------------------------------------------------------|
| Nombre y firma del Directora de Servicios hospitalarios ( e ) |
|---------------------------------------------------------------|