

|                                                                                                                                                                          |                                                                           |                      |               |                                                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  Secretaría de Salud<br>Sistema Integrado de Servicios de Salud<br>Sur Occidente E.S.E. | <b>REQUERIMIENTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA ADICION Y/O PRORROGA</b> | Versión:             | 1             |  ALCALDÍA MAYOR<br>DE BOGOTÁ D.C. |
|                                                                                                                                                                          |                                                                           | Fecha de aprobación: | 24/02/2017    |                                                                                                                     |
|                                                                                                                                                                          |                                                                           | Código:              | 04-02-FO-0005 |                                                                                                                     |

|                                                                                                                     |                              |     |      |                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----|------|------------------------------------------------------------------------|
| <b>Quien solicita</b> (colocar cargo y /o perfil del supervisor)<br><br><b>DIRECTORA DE SERVICIOS HOSPITALARIOS</b> | <b>Fecha de la Solicitud</b> |     |      | <b>Dependencia o sede:</b><br><br>DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS |
|                                                                                                                     | Día                          | Mes | Año  |                                                                        |
|                                                                                                                     | 23                           | 11  | 2020 |                                                                        |

|                                                  |                                     |                    |                                                                                      |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Motivo de la solicitud</b> (Marque con una X) |                                     | <b>No CONTRATO</b> | Formato documentos mínimos para celebrar contrato : Lista de Chequeo Persona Natural |
| Adición y Prorroga                               | <input checked="" type="checkbox"/> |                    |                                                                                      |
| Adición                                          | <input type="checkbox"/>            |                    |                                                                                      |
| Prorroga                                         | <input type="checkbox"/>            |                    |                                                                                      |

|                 |                          |
|-----------------|--------------------------|
| <b>Reinicio</b> | <input type="checkbox"/> |
|-----------------|--------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>JUSTIFICACIÓN O NECESIDAD DE LA PRESTACION DE SERVICIO REQUERIDO</b><br>(Previa verificación presupuestal)<br><br>EN ATENCION A LA EMERGENCIA SANITARIA POR CAUSA DEL COVID 19 Y ALAS RECOMENDACIONES ADOPTADAS POR LA PREVENCION Y CONTENCION DE ENFERMEDADES, EN CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVIDAD NACIONAL Y DISTRITAL Y CON EL FIN DE DAR CONTINUIDAD A LA MISION, VISION OBJETIVOS Y PLANES INSTITUCIONALES SE SOLICITA PRORROGAR EL PLAZO Y ADICIONAR EL VALOR DE LOS CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION CELBRADOS CON LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE PREVIO SEGUIMIENTO REALIZADO POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Descripción del servicio solicitado</b><br>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 SUR OCCIDENTE. |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                             |                                                        |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------|
| <b>AREA:</b> ADMINISTRATIVO | <b>ASISTENCIAL</b> <input checked="" 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> | EN: MEDICO ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA |
|-------------------------------|-------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>HABILIDADES:</b> Liderazgo - compromiso Institucional -Generador de confianza . Destreza en el desarrollo de sus actividades - Capacidad en :La comunicación, Toma de decisiones y en mantener magnificas relaciones interpersonales. |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>RIESGOS DE LA CONTRATACIÓN:</b> 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 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>TIEMPO DE EJECUCION</b><br>(2MESES) | <b>MONTO TOTAL</b> (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 | <b>Observaciones:</b> 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 a la presente solicitud. |
|----------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                        |                                                         | MES                                                 |                                      |                                                   | 0           |                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                        |                                                         | HORA                                                |                                      |                                                   |             |                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                        |                                                         | ACTIVIDAD                                           |                                      |                                                   | 0           |                                                                                                                                                                                                                                                    |

|                                                   |
|---------------------------------------------------|
| <b>ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA</b> |
|---------------------------------------------------|

|                              |
|------------------------------|
| (Empty space for activities) |
|------------------------------|

|                                                          |
|----------------------------------------------------------|
| <b>CONSTANCIA DE NO EXISTENCIA DE PERSONAL EN PLANTA</b> |
|----------------------------------------------------------|

|                             |
|-----------------------------|
| (Empty space for signature) |
|-----------------------------|

ELENA CASTRO SOLARTE  
 Directora de Servicios Hospitalarios