71

	FORMATO DE REQUERIMIENTO PRESTACIÓN DE SERVICIOS CONTRATISTA ANTIGUO	Versión:	1
Sur Occidente E.S.E.		Fecha de aprobación:	13/11/2019
		Código:	18-01-FO-0013

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

Quien solicita	Fecha de la Solicitud			Dependencia o sede: Nutricion
	Dia	Mes	Año	Dirección a la que pertenece:
VIVIANA DE JESUS TEJERA PALACIO - Lider Subproceso de Nutricion	16	12	2019	Direccion de Servicios Complementarios

Formato documentos mínimos para celebrar contrato : Lista de Chequeo Documentación por prestación de servicios

JUSTIFICACIÓN O NECESIDAD DE LA PRESTACION DE SERVICIO REQUERIDO

La oficina de Nutricion 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.

DESCRIPCION DEL SERVICIO SOLICITADO

Alistamiento, preparacion, distribución y lavado de menaje

AREA	ADMINISTRATIVO		ASISTENCIAL	X	PIC	

PERFIL:	AUXILIAR DE COCINA
PERSONA REQUERIDAS (NOMBRE Y CC):	**NUBIA AR ANGO CARDONA CC 36540355**

HABILIDADES: Trabajo en equipo, proactividad, responsabilidad, organización

RIESGOS DE LA CONTRATACIÓN: Inhabilidad e incompatibilidades sobrevinientes. Demora en el inicio de la ejecución del contrato. Errores en la supervisión. 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)
	MES		
	HORA	X	186
	ACTIVIDAD		

Observaciones: Resolucion de honorarios aplicable para vigencia 2020.

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

DANNYS IVETH TEHERANA TURIZO Directora de Servicios Complementarios	YULIETH LOPEZ RETAMOSO Vo.Bo. Subgerencia según corresponda

Vobo Viviana SJT