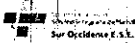


71

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE				
Quien solicita VIVIANA DE JESUS TEJERA PALACIO - Líder Subproceso de Nutrición	Fecha de la Solicitud			Dependencia o sede: Nutrición
	Día	Mes	Año	Dirección a la que pertenece: Dirección de Servicios Complementarios
	16	12	2019	

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 Nutrición 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 ☒	PIC ☐
------	---	---	------------------------------

PERFIL: AUXILIAR DE COCINA

PERSONA REQUERIDAS (NOMBRE Y CC): NUBIA ARANGO CARDONA CC 36540355

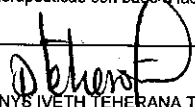
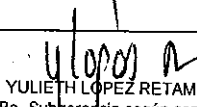
HABILIDADES: Trabajo en equipo, proactividad, responsabilidad, organización

RIESGOS DE LA CONTRATACIÓN: Inhabilidad e incompatibilidades sobrevenientes. 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)	Observaciones: Resolución de honorarios aplicable para vigencia 2020.
	MES			
	HORA	X		
	ACTIVIDAD			
			186	

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 TEJERANA TURIZO Directora de Servicios Complementarios	 YULIETH LOPEZ RETAMOSO Vo.Bo. Subgerencia según corresponda
---	---

Vago Venant 97