Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**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
			ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Quien solicita (colocar cargo y /o perfil del supervisor)	**Fecha de la Solicitud**			**Dependencia o sede:**
ADRIANA MARCELA TOQUICA ESPITIA **Directora Servicios Complementarios**	**Dia**	**Mes**	**Año**	Dirección de Servicios Complementarios SUBRED SUR OCCIDENTE E.S.E.
	27	**05**	**2026**	

Motivo de la solicitud (Marque con una X)		
Adición y Prorroga	**X**	**No. CONTRATO 2161-2026**
Adición		
Prorroga		
Modificación		

DATOS DEL CONTRATISTA	**NOMBRE:**	ANGELA CAMILA SAENZ RODRIGUEZ	**CC**	1.002.723.241
PERFIL	APOYO TECNICO ADMINISTRATIVO I			

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

La Dirección de Servicios Complementarios requiere la contratación del perfil descrito, para la realización de actividades en la Subred Sur Occidente definidas en obligaciones del contrato.

Descripción del OBJETO CONTRACTUAL

Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area Asistencial dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.

AREA:	ADMINISTRATIVO	X		ASISTENCIAL		

NUMERO DE PERSONAS REQUERIDAS:	**1**

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 actividadesRiesgo por no asistencia a las actividades programadas.Riesgo relacionado con las conductas que miran la intencionalidad del individuo y su actitvidad 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 realizar adición y prorroga por 1 mes.
		MES	**X**	1 MES	2.374.104	
		HORA				
		ACTIVIDAD				

DESCRIPCIÓN DE LA MODIFICACIÓN

En concordancia con el objetivo institucional orientado a "Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área Asistencial dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo con el requerimiento institucional.." y una vez verificada la información del contrato 2161-2026, se hace necesario solicitar la adición y prórroga del contrato hasta el día 30 de Junio del 2026 por necesidades del servicio.

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

VIGENCIA 2026

BERTHA LUCIA MORA QUIÑONES
Subgerente Prestación de Servicios