

|                                                                                                                                                                      |                                                                           |                      |               |                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  SECRETARÍA DE SALUD<br>Subsecretaría de Servicios de Salud<br>San José, Costa Rica | <b>REQUERIMIENTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA ADICIÓN Y/O PRORROGA</b> | Versión:             | 1             |  ALCALDÍA MUNICIPIO DE SAN JOSÉ |
|                                                                                                                                                                      |                                                                           | 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>PROFESIONAL ESPECIALIZADO - LIDER TERRITORIO</b> | <b>Fecha de la Solicitud</b>        |                    |                                                                                      | <b>Dependencia o sede:</b><br><br>DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD |
|                                                                                                                            | Día                                 | Mes                | Año                                                                                  |                                                                            |
|                                                                                                                            | 4                                   | 1                  | 2021                                                                                 |                                                                            |
| <b>Motivo de la solicitud</b> (Marque con una X)                                                                           |                                     | <b>No CONTRATO</b> |                                                                                      |                                                                            |
| <b>Adición y Prorroga:</b>                                                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/> |                    |                                                                                      |                                                                            |
| <b>Adición</b>                                                                                                             |                                     |                    |                                                                                      |                                                                            |
| <b>Prorroga</b>                                                                                                            |                                     |                    |                                                                                      |                                                                            |
| <b>Reinicio</b>                                                                                                            |                                     |                    |                                                                                      |                                                                            |
|                                                                                                                            |                                     | 6530-2020          | Formato documentos mínimos para celebrar contrato : Lista de Chequeo Persona Natural |                                                                            |

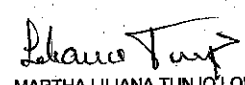
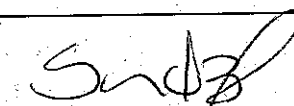
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>JUSTIFICACIÓN O NECESIDAD DE LA PRESTACION DE SERVICIO REQUERIDO</b><br>(Prevía verificación presupuestal)                                                                                                                                                |                                                                                         |
| La Dirección de Gestión del Riesgo en la dependencia individual requiere garantizar el Apoyo en el área de NUEVO MODELO DE SALUD en la Subred Integrada de servicios de salud Sur Occidente ESE En concordancia con las obligaciones y actividades pactadas. |                                                                                         |
| <b>Descripción del servicio solicitado</b>                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                         |
| Se requiere garantizar las actividades de AUXILIAR DE ENFERMERIA en los diferentes componentes de la dirección de gestión del riesgo en salud                                                                                                                |                                                                                         |
| <b>AREA:</b>                                                                                                                                                                                                                                                 | ADMINISTRATIVO <input type="checkbox"/> ASISTENCIAL <input checked="" type="checkbox"/> |
| <b>PERFIL</b>                                                                                                                                                                                                                                                | AUXILIAR DE ENFERMERIA LEIDY VIVIANA DELGADILLO VARELA - 1024495769                     |

|                                       |     |
|---------------------------------------|-----|
| <b>NUMERO DE PERSONAS REQUERIDAS:</b> | 1   |
| <b>EXPERIENCIA:</b> (En años)         | EN: |
| <b>HABILIDADES:</b>                   |     |

**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.

| TEMPO DE EJECUCION | MONTO TOTAL (valor no debe registrarse en lápiz) | Marque con una X según corresponda tipo de contrato | VALOR UNITARIO (mes, hora, actividad) | CANTIDAD (meses, horas, actividades a contratar) | VALOR TOTAL  | Observaciones |
|--------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------|---------------|
|                    |                                                  | MES                                                 |                                       |                                                  | \$ 1.537.911 |               |
|                    |                                                  | HORA                                                |                                       |                                                  |              |               |
|                    |                                                  | ACTIVIDAD                                           |                                       |                                                  |              |               |

**ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA**  
  
 Las mismas del contrato inicial 6530-2020

|                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>CONSTANCIA DE NO EXISTENCIA DE PERSONAL EN PLANTA</b>                                                                                                          |                                                                                                                                                             |
| <br>MARTHA LILIANA TUNJO LOPEZ<br>PROFESIONAL ESPECIALIZADO - LIDER TERRITORIO | <br>SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ<br>DIRECTORA DE GESTION DEL RIESGO |