	HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS E.S.E NIT. 892.000.264 – 4	
	PROCESO GESTIÓN DE PLANEACIÓN	
	FORMATO SOLICITUD DE NECESIDADES	
Fecha:05/12/2025	Código: GJ-FR-13	Versión: 01

SOLICITUD DE NECESIDAD

BIEN		SERVICIO	x	**No. ORDEN:**	

* Fecha de solicitud: 13 (DD) 10 (MM) 2026 (AAA) *Dependencia: SUBGERENCIA *Teléfono: 6560160

*** DESCRIPCION DE LA SOLICITUD:**	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA EL HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACÍAS E.S.E.**

Prioridad de la solicitud: Alta o prioritaria [X] Normal [ ] Baja [ ]

CAUSA QUE ORIGINA LA SOLICITUD:	Se requiere la contratación de un apoyo técnico en enfermería para el desarrollo de las actividades en las áreas asistenciales, teniendo en cuenta que la ESE no dispone con el personal de planta suficiente para el cumplimiento de estas actividades.

JUSTIFICACION O DIAGNOSTICO:

El hospital municipal de Acacías requiere auxiliares de enfermería para la prestación de servicios a los usuarios que ingresan a las diferentes áreas de la entidad para que realicen cuidados básicos, apoyando a los profesionales en los diferentes procedimientos; garantizando la atención que requiere los usuarios y lograr así una atención humanizada hasta finalizar la recuperación del paciente.

***Firma de Solicitante** *** Firma quien Recepciona** *** Firma quien aprueba**

Nota: Es responsabilidad del Funcionario/Contratista el Uso debido de los Equipos y la infraestructura del Hospital de Acacias E.S.E.

Espacio de uso exclusivo para administración

Observaciones: _____