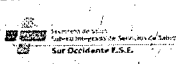


|                                                                                   |                                                                           |                      |               |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>REQUERIMIENTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA ADICION Y/O PRORROGA</b> | Versión:             | 1             |  |
|                                                                                   |                                                                           | Fecha de aprobación: | 24/02/2017    |                                                                                     |
|                                                                                   |                                                                           | Código:              | 04-02-FO-0005 |                                                                                     |

|                                                                                                   |                                     |                    |                    |                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Quien solicita (colocar cargo y /o perfil del supervisor)</b><br><br><b>LIDER DE PROYECTOS</b> | <b>Fecha de la Solicitud</b>        |                    |                    | <b>Dependencia o sede:</b><br><br><b>DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD</b>           |
|                                                                                                   | <b>Día</b><br>30                    | <b>Mes</b><br>3    | <b>Año</b><br>2021 |                                                                                             |
| <b>Motivo de la solicitud (Marque con una X)</b>                                                  |                                     | <b>No CONTRATO</b> |                    |                                                                                             |
| <b>Adición y Prorroga</b>                                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> | <b>4634-2021</b>   |                    | <b>Formato documentos mínimos para celebrar contrato : Lista de Chequeo Persona Natural</b> |
| <b>Adición</b>                                                                                    | <input type="checkbox"/>            |                    |                    |                                                                                             |
| <b>Prorroga</b>                                                                                   | <input type="checkbox"/>            |                    |                    |                                                                                             |
| <b>Reinicio</b>                                                                                   | <input type="checkbox"/>            |                    |                    |                                                                                             |

|                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>JUSTIFICACIÓN O NECESIDAD DE LA PRESTACION DE SERVICIO REQUERIDO</b><br><b>(Previa verificación presupuestal)</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

La Dirección de Gestión del Riesgo en la dependencia Colectiva requiere garantizar el Apoyo en el área de PROYECTOS FDL Y CONVENIOS en la Subred Integrada de servicios de salud Sur Occidente ESE En concordancia con las obligaciones y actividades pactadas.

**Descripción del servicio solicitado**

Se requiere garantizar las actividades de PROFESIONAL ASISTENCIAL - LIDER DE SERVICIO O PROCESO en los diferentes componentes de salud

AREA: ADMINISTRATIVO ☐ ASISTENCIAL ☒

PERFIL PROFESIONAL ASISTENCIAL - LIDER DE SERVICIO O PROCESO ANA MERCEDES BOLIVAR PINEDA - 52760210

NUMERO DE PERSONAS REQUERIDAS: 1

EXPERIENCIA: (En años) EN:

HABILIDADES:

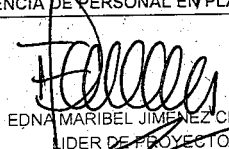
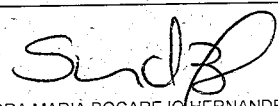
**RIESGOS DE LA CONTRATACIÓN:** Inhabilidad e incompatibilidades sobrevinientes. Demora en el inicio de la ejecución del contrato. Errores en la supervisión. No informar oportunamente al supervisor su designación. Riesgo relacionado al conocimiento, experiencia y destreza en el desempeño de sus actividades. 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

| 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 |
|---------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------|---------------|
|                     |                                                  | MES                                                 | X                                     |                                                  | \$ 1.594.368 |               |
|                     |                                                  | HORA                                                |                                       |                                                  |              |               |
|                     |                                                  | ACTIVIDAD                                           |                                       |                                                  |              |               |

**ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA**

Las mismas del contrato inicial 4634-2021

**CONSTANCIA DE NO EXISTENCIA DE PERSONAL EN PLANTA**

|                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br><b>EDNA MARIBEL JIMÉNEZ CHAVES</b><br><b>LIDER DE PROYECTOS</b> | <br><b>SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ</b><br><b>DIRECTORA DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**NOTA INTERNA**

Bogotá D.C., 30-03-2021

**DE:** SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ  
DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD**PARA:** OMAR BENIGNO PERILLA BALLESTEROS  
GERENTE**ASUNTO:** SOLICITUD MODIFICATORIO CONTRATO 4634-2021

Respetado Doctor Omar,

Mediante la presente me permito solicitar Modificar la cláusula quinta del contrato 4634-2021 suscrito con ANA MERCEDES BOLIVAR PINEDA, la cual quedara así:

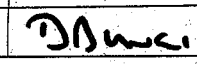
QUINTA. - FORMA DE PAGO: El CONTRATANTE cancelará el valor total del contrato a suscribir, a título de honorarios, por mensualidades vencidas, fraccionamiento de tiempo, actividades o metas cumplidas estipuladas en la certificación de pago que para este efecto expida el supervisor del presente contrato, sobre la base del valor mensual de CINCO MILLONES CIENTO CINCUENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS (5.156.784).

Lo anterior teniendo en cuenta la tabla de honorarios de la entidad y las actividades desarrolladas en el convenio interadministrativo suscrito con el FFDS.

Cordialmente,



SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ  
Directora de gestión del riesgo en salud  
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

| Declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales, y por lo tanto, lo presentamos para firma: |                          |                                  |                                                                                      |       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| Cargo Funcionario / Contratista                                                                                                                                | Nombre                   | Cargo                            | Firma                                                                                | Fecha |
| Aprobado por:                                                                                                                                                  | Daniel Blanco Santamaría | Subgerente de Servicios de Salud |  |       |

**Fwd: Propuesta Convenio RIAS Ruta de Alteraciones Nutricionales**

**De :** dirgesriesgosalud@subredsuoccidente.gov.co

mié, 31 de mar de 2021 16:01

**Asunto :** Fwd: Propuesta Convenio RIAS Ruta de Alteraciones Nutricionales

7 ficheros adjuntos

**Para :** ops <ops@subredsuoccidente.gov.co>

**Para o CC :** dirgesriesgosubredsuoccidente <dirgesriesgosubredsuoccidente@gmail.com>

Buenas tardes Dra. Alejandra

Cordial saludo, en atención a la ejecución de los Convenios interadministrativos 018-2020, 019- 2020, 021-2020, 022-2020, 023-2020, 029-2020 y 030- 2020, se anexa el valor de honorarios asignado para el líder de Ruta.

Agradezco la atención prestada

Cordialmente,

**SANDRA MARÍA BOCAREJO HERNÁNDEZ**

Dirección de Gestión de Riesgo en Salud

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE

**De:** "Martinez Aldana, Edna Margarita" <EMMartinez@saludcapital.gov.co>

**Para:** "dirgesriesgosalud" <dirgesriesgosalud@subredsuoccidente.gov.co>

**CC:** "Peña Rios, Yiyola Yamile" <YPena@saludcapital.gov.co>, "Hernandez Peña, Julian Alfredo" <JAHernandez@saludcapital.gov.co>

**Enviados:** Viernes, 9 de Octubre 2020 15:41:32

**Asunto:** Propuesta Convenio RIAS Ruta de Alteraciones Nutricionales

Cordial Saludo Dra. Sandra Bocarejo.

De manera atenta me permito enviar el documento de la propuesta del convenio RIAS Ruta Integral de Atención en Salud para la población con riesgo o presencia de Alteraciones Nutricionales, así como el Anexo No. 2 Compromiso Anticorrupción para cada una de las Subredes y el Instrumento Proyección Plan de Implementación de la mencionada ruta, lo anterior con el fin de realizar la consecución de firmas de los gerentes de las cuatro Subredes; posterior a ello, se deben radicar estos documentos en la Secretaría Distrital de Salud, para continuar con el proceso de la generación del convenio.

Agradezco su amable atención y quedo atenta ante cualquier inquietud.

Cordialmente,

**Edna Margarita Martínez A.**

Dirección de Análisis de Entidades Públicas Distritales del Sector Salud - DAEPDSS

Profesional Especializado

3649090 Ext 9006



**BOGOTÁ**