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

Quien solicita (colocar cargo y /o perfil del supervisor)	Fecha de la Solicitud			Dependencia o sede:
DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	Dia	Mes	Año	Dirección Administrativa
	21	7	2020	

Motivo de la solicitud (Marque con una X)		No CONTRATO		Dirección Administrativa
Adición y Prorroga	X		Formato documentos mínimos para celebrar contrato : Lista de Chequeo Persona Natural	
Adición				
Prorroga				
Reinicio				

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

La dependencia DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA requiere garantizar el Apoyo en la Dirección Administrativa de la Subred Integrada de servicios de salud Sur Occidente ESE En concordancia con las obligaciones y actividades pactadas.

Descripciòn del servicio solicitado

Perfiles Relacionados en base para 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 pactadas

AREA:	ADMINISTRATIVO	X	ASISTENCIAL

PERFIL	Información relacionada en base	CONTRATISTA	Información relacionada en base

NUMERO DE PERSONAS REQUERIDAS:	Personal Relacionado en la base

EXPERIENCIA: (En años) __

HABILIDADES: De acuerdo a lo que se establece en la base

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 conocmiento, 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

		Marque con una X según corresponda tipo de contrato	VALOR UNITARIO(mes, hora, actividad)	CANTIDAD (meses ,horas, actividades a contratar)	VALOR TOTAL	Observaciones
TIEMPO DE EJECUCION	MONTO TOTAL (valor no debe registrarse en lapiz)	MES	$ -	1	$ -	
		HORA			$ -	
		ACTIVIDAD	$ -		$ -	

ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

Las actividades corresponden a las establecidas en la base de acuerdo al contrato inicial.

Nombre y firma del Supervisor	Vo.Bo. Dirección Administrativa
	Dora Lucia Henao Peña
	Directora Administrativa