

|                                                                                   |                                                                           |                      |               |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <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</b> (colocar cargo y /o perfil del supervisor) |                                     | <b>Fecha de la Solicitud</b> |     |      | <b>Dependencia o sede:</b><br>DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD               |
| <b>LIDER DE PROYECTOS</b>                                        |                                     | Día                          | Mes | Año  |                                                                                      |
|                                                                  |                                     | 20                           | 8   | 2019 |                                                                                      |
| <b>Motivo de la solicitud</b> (Marque con una X)                 |                                     | <b>No CONTRATO</b>           |     |      |                                                                                      |
| Adición y Prorroga                                               | <input checked="" type="checkbox"/> | 5302-2019                    |     |      | Formato documentos mínimos para celebrar contrato : Lista de Chequeo Persona Natural |
| Adición                                                          | <input type="checkbox"/>            |                              |     |      |                                                                                      |
| Prorroga                                                         | <input type="checkbox"/>            |                              |     |      |                                                                                      |
| Reinicio                                                         | <input type="checkbox"/>            |                              |     |      |                                                                                      |

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

La Direccion de Gestion del Riesgo en la dependencia individual requiere garantizar el Apoyo en el area de PROYECTOS FDL Y CONVENIOS 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 PROFESIONAL EN TERAPIA CON ESPECIALIZACION en los diferentes componentes de salud

|              |                                         |                                                 |
|--------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <b>AREA:</b> | ADMINISTRATIVO <input type="checkbox"/> | ASISTENCIAL <input checked="" type="checkbox"/> |
|--------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------------|

|               |                                                                                       |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PERFIL</b> | PROFESIONAL EN TERAPIA CON ESPECIALIZACION SANDRA PATRICIA ESCOBAR BARRERA - 52371646 |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------|

|                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <b>NUMERO DE PERSONAS REQUERIDAS:</b> | 1 |
|---------------------------------------|---|

|                               |     |
|-------------------------------|-----|
| <b>EXPERIENCIA: (En años)</b> | EN: |
|-------------------------------|-----|

|                     |
|---------------------|
| <b>HABILIDADES:</b> |
|---------------------|

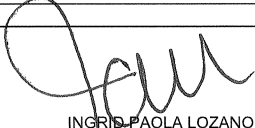
**RIESGOS DE LA CONTRATACIÓN:** Inhabilidad e incompatibilidades sobrevinientes. Demora en el inicio de la ejecución del contrato. Errores en la supervisión. No informar oportunamente al supervisor su designación. Riesgo relacionado al conocimiento, experiencia y destreza en el desempeño de sus actividades.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

| <b>TIEMPO DE EJECUCION</b> | <b>MONTO TOTAL</b> (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  | <b>Observaciones</b> |
|----------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------|----------------------|
|                            |                                                         | MES                                                 | X                                     | 1                                                | \$ 3.747.240 |                      |
|                            |                                                         | HORA                                                |                                       |                                                  |              |                      |
|                            |                                                         | ACTIVIDAD                                           |                                       |                                                  |              |                      |

|                                                   |
|---------------------------------------------------|
| <b>ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA</b> |
|---------------------------------------------------|

Las mismas del contrato inicial 5302-2019

|                                                          |
|----------------------------------------------------------|
| <b>CONSTANCIA DE NO EXISTENCIA DE PERSONAL EN PLANTA</b> |
|----------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                          |                                                                                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br>MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ<br>LIDER DE PROYECTOS | <br>INGRID PAOLA LOZANO TORRES<br>DIRECTORA DE GESTION DEL RIESGO |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|