| | FORMATO DE REQUERIMIENTO PRESTACION DE SERVICIOS PARA NUEVO CONTRATO | Versión: | 1 | |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación: | 27/06/2017 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0011 | |

#196

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE**

| Quien solicita (colocar cargo y /o perfil del supervisor) | Fecha de la Solicitud | | | Dependencia o sede: ENFERMERIA |
|---|---|---|---|---|
| JORGE ENRIQUE SOLER DUQUE LIDER UNIDAD FLORALIA | Día | Mes | Año | Dirección a la que pertenece:Direccion de Servicios Hospitalarios |
| | 27 | 4 | 2021 | |

| Contrato Nuevo (Marque con una X ) | X | Formato documentos minimos para celebrar contrato : Lista de Chequeo Persona Natural |
|---|---|---|

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

El area de Enfermeria requiere la contratación de una Profesional en Enfermera para en el acompañamiento de las diferentes actividades que se realizan en la Subred integrada de servicios de salud, en concordancia con las obligaciones y actividades pactadas

**Descripciòn del servicio solicitado**

PROFESIONAL EN ENFERMERIA

| AREA | ADMINISTRATIVO | ASISTENCIAL |
|---|---|---|
| | | x |

| PERFIL | Profesional en enfermeria |
|---|---|

| NUMERO DE PERSONAS REQUERIDAS: | 1 |
|---|---|

**HABILIDADES:Persona con características de líder que promueven canales de comunicación asertiva y desarrolle trabajo en equipo basado en un trato humanizado al paciente y la familia, generacion de practicas seguras en salud, diligencia en la atencion a pacientes, seguimiento de procesos, adecuadas relaciones interpersonales, resolucion de problemas, capacidad de analisis, toma de decisiones.**

**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

| TIEMPO DE EJECUCION | Marque con una X según corresponda las condiciones del contrato | | CANTIDAD (meses ,horas, actividades a contratar ) | Observaciones: SE REQUIERE POR REEMPLAZO DE LA OPS 1778-2020 |
|---|---|---|---|---|
| | MES | | | |
| | HORA | x | 186 | |
| | ACTIVIDAD | | | |

**ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA**

Apoyar la realización de las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos ordenados por el profesional tratante para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral.

Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes

Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación

Participar en la entrega de turno según el procedimiento establecido

Participar en la programación de las actividades del área

Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente

Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio

Impartir instrucciones al personal a cargo

Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad

Realizar los procedimientos al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio

Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación

Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención

Promover acciones de humanización en la atención y de seguridad del paciente en el servicio

Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred

Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento

Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato

Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado

Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos

Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales

Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred

Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado

Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente

Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato

| CLARA YOLANDA PRADA GIL | DANIEL BLANCO SANTAMARIA |
|---|---|
| Directora de Servicios Hospitalarios ( E ) | Vo.Bo. Subgerencia de Servicios de Salud |

Reemplazo Teje Toma

30.09.2021

42

196-ASAD

LA SUSCRITA DIRECTORA DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

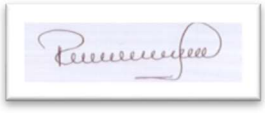
HACE CONSTAR:

Que, verificada la planta de empleos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente ESE, se evidencia que no se cuenta con personal de planta disponible para desarrollar la actividad PROFESIONAL EN ENFERMERIA por cuanto:

1.___No existencia del perfil requerido
2._**X**_Insuficiencia del mismo
3. __ La necesidad de contratar a un profesional con conocimientos específicos.

Dada en Bogotá D.C., el día martes, 27 de abril de 2021

**SANDRA LILIANA BAUTISTA LOPEZ**
Directora Operativa
Dirección de Gestión del Talento Humano

| 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. | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Funcionario / Contratista | Nombre | Cargo | Firma | Fecha |
| Revisado por: | Ivonne Moreno Fonseca | Profesional Universitario 219-19 |  | 19/05/2021 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | **INFORME FINAL DE SELECCIÓN** | Versión: | **2** |
| | | Fecha de aprobación: | **20/05/2021** |
| | | Código: | **04-02-FO-0012** |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **DATOS GENERALES** | Fecha Informe: | Día: 17 Mes: 08 | | Año: 2021 | |
| | Genero: F__x_ M___ Otra: _____ Edad: ____32___ | | Proceso de Promoción: SI___ NO__x_ | | Reintegro SI_____NO____x_ |
| **DIRECCION/AREA Y/O OFICINA SOLICITANTE** | ***DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS*** | | | | |
| **PERFIL A CONTRATAR ( Solicitado en el requerimiento)** | ***PROFESIONAL DE ENFERMERIA*** | | | | |

**CRITERIO Y PONDERACION DEL PROCESO DE SELECCIÓN**

| | **ITEM** | **SIN PRUEBA** | **PORCENTAJE ASIGNADO TOTAL** | | **PORCENTAJE TOTAL ALCANZADO** |
|---|---|---|---|---|---|
| **MERY ROJAS ROMERO** | Análisis de Hoja de Vida | *25%* | 15% | | 14,00% |
| | Prueba de conocimientos | *NA* | 30% | | 19,00% |
| | Pruebas Psicológicas | *35%* | 25% | | 22,00% |
| | E: Entrevista | *40%* | 30% | | 23,00% |
| | Ajuste al perfil ( 70%) | | 100% | | 78,00% |
| | **Concepto Final** | Se ajusta adecuadamente al perfil - actividad | | Si X | NO |

| | | |
|---|---|---|
| **ANALISIS DE HOJA DE VIDA CUMPLIMIENTO REQUISITOS DEL PERFIL** | Formacion académica | ENFERMERA, AREA ANDINA, 2020 |
| | Expériencia laboral (años) | Una vez validadas las características del perfil solicitado y revisados los soportes adjuntos de experiencia laboral relacionada por la candidata, la asignación de honorarios que se suscribirá en el contrato será de acuerdo a la tabla de honorarios establecida para el perfil de PROFESIONAL DE ENFERMERIA con experiencia menor a 2 años |
| | Experiencia Relacionada (años) | 1 AÑO |
| | Honorario Asignado (Resolucion Vigente ) | EL ASIGNADO SEGÚN RESOLUCION DE HONORARIOS |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **PRUEBA SE COMPETENCIAS 360° FORTALEZAS** | Actitud hacia las normas | Adaptabilidad | Analisis numérico X | Atención al detalle | Autocontrol | **Compromiso laboral (60%)** |
| | Comunicación escrita | Disciplina X | **Habilidad social (80%)** | **Orientacion a resultados (70%)** | planeacion | **Trabajo en equipo (70%)** |
| | Retrolimentacion | sentido de urgencia | **comunicación abierta (70%)** | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **RESULTADOS DE LA ENTREVISTA** | Factores Evaluados | Comunicación | Relaciones Interpersonales | Proyeccion | Humanizacion | Total obtenido de factores Evaluados | |
| | Concepto entrevista con lider (si aplica ) marque Si o No x | Favorable | | No favorable | Observaciones : | PORCENTAJE TOTAL PRUEBA 360 : 65 PUNTOS SOBRE 100 | |
| | La candidata presenta adecuado desempeño durante la entrevista, claridad conceptual y manifiesta interes por la propuesta laboral.<br>Cuenta con los requerimientos academicos y de experiencia laboral minimos requeridos para la prestacion de servicios ofertados en el cargo de la subred de servisios integrados de salud. | | | | | | |

| | |
|---|---|
| **CRITERIOS DE INCLUSION SOCIAL** | Madre o Padre cabeza de familia ____**NO**____ Localidad donde vive___FONTIBON____ Barrio _CASANDRA __ Grupos ëtnicos _____**NO**___ Condición de discapacidad **NO** Otro _____ cual _____ |



**FIRMA QUIEN REALIZA EL PROCESO**



**VºBº DIRECTOR GESTION DE TALENTO HUMANO**