| | FORMATO DE REQUERIMIENTO PRESTACION DE SERVICIOS PARA NUEVO CONTRATO | Versión: | 3 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
|---|---|---|---|---|
| Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | | Fecha de aprobación: | 25/10/2021 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0011 | |

1522

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

| Quien solicita (Nombre y cargo perfil del requiriente) | Fecha de la Solicitud | | | Dependencia o sede: |
|---|---|---|---|---|
| | Día | Mes | Año | UNIDAD PATIO BONITO TINTAL |
| LILIANA CASTIBLANCO MOSOS<br>LIDER USS PTIO BONITO TINTAL | 13 | 12 | 2021 | Área o Servicio:<br>URGENCIAS |
| | | | | Dirección a la que pertenece:<br>DIRECCION DE SERVICIOS DE URGENCIAS |

**Formato documentos mínimos para celebrar contrato : Lista de Chequeo Documentación por prestación de servicios**

**JUSTIFICACIÓN O NECESIDAD DE LA PRESTACION DE SERVICIO REQUERIDO**

La Direccion de Servicios Complementarios requiere la contratación de un Auxiliar en enfermeria para la realización de actividades en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

**DESCRIPCION DEL SERVICIO SOLICITADO**

Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como Auxiliar en enfermeria dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. - UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD PATIO BONITO TINTAL, de acuerdo a las necesidades de la Institución.

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Rubro:** | HONORARIOS | | REMUNERACIÓN SERVICIOS TÉCNICO | | ASISTENCIAL GENERAL | X | ASISTENCIAL PIC | |
| **Recursos Propios:** | SI | X | NO | | **Vigencias futuras** | SI | | NO |
| **Convenio** | SI | | NO | X | **No. Convenio:** | | **Suscrito con:** | |

**PERFIL:** AUXILIAR DE ENFERMERIA

**NUMERO DE PERSONAS REQUERIDAS:** 1

**HABILIDADES:** BUENAS RELACIONES INTERPERSONALES, RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS, CAPACIDAD DE ANÁLISIS, TOMA DE DECISIONES, EMPATIA.

**RIESGOS DE LA CONTRATACIÓN:** Inhabilidad e incompatibilidades sobrevinientes. Demora en el inicio de la ejecución del contrato. Errores en la supervisión. 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

| PROYECCIÓN<br>Marque con una X según corresponda las condiciones del contrato en lo relacionado a honorarios para proyección del valor a contratar | | CANTIDAD<br>(meses ,horas, actividades a contratar ) | OBSERVACIONES : **Por necesidad del servicio se requiere la ocntratación de una enfermera profesional, por cobertura del ocntrato OPS 1400-2021** |
|---|---|---|---|
| MES | | | |
| HORA | X | 186 | |
| ACTIVIDAD | | | |

**ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA**

1) Recibir y entregar el turno por paciente asignado e informar sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporcionar al turno entrante información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermería. 2) Realizar las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio. 3) Informar al profesional de enfermería los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clínico del paciente. 5) Retroalimentar al supervisor dificultades del proceso de atención 6) Asesorar al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados en casa garantizar la comprensión de las órdenes médicas y dar continuidad del tratamiento ambulatorio. 7) Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad 8) Brindar orientación a los pacientes y sus familiares con relación a sus necesidades y expectativas de acuerdo con las políticas institucionales y las normas vigentes. 9) Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio. 10) Diligenciar documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible 11) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. 12) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento. 13) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. 14) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. 15) Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. 16) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. 17) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales. 18) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred 19) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente 20) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato

**PÉRFIL Y NOMBRE DE QUIEN EJERCERÁ LA SUPERVISIÓN**

| | |
|---|---|
| 1. Nombre: | AURA ALEJANDRA MURCIA PEREZ |
| 2. Identificación: | 1019097974 |
| 3. Perfil o cargo: | LIDER UNIDAD PATIO BONITO TINTAL |
| 4. Justificación (Si aplica) | Por experiencia especifica en el servicio |

| | |
|---|---|
| JUAN MANUEL MENDIETA NOVOA<br>Director de Servicios de Urgencias | SANDRA MILENA ROZO MATEUS<br>Subgerente de Prestación de Servicios de Salud |

153-ASAD

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

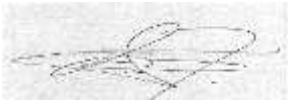
HACE CONSTAR:

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 AUXILIAR DE 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, 13 de diciembre del 2021

**MONICA ADRIANA FLOREZ BONILLA**
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: | Jayson Galindo Alviz | Profesional Especializado Gestión del Talento Humano |  | 01/2022 |

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

| **DATOS GENERALES** | Fecha Informe: | Día: 07 Mes: 01 | Año: 2022 | |
|---|---|---|---|---|
| | Genero: F___ M__x_ Otra: _____ Edad: __27 | Proceso de Promoción: SI___ NO__x_ | Reintegro SI_____NO___x_ | |
| **DIRECCION/AREA Y/O OFICINA SOLICITANTE** | ***DIRECCION DE URGENCIAS*** | | | |
| **PERFIL A CONTRATAR ( Solicitado en el requerimiento)** | ***AUXILIAR DE ENFERMERIA*** | | | |

**CRITERIO Y PONDERACION DEL PROCESO DE SELECCIÓN**

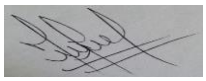
| **MARIO SOLANO PEÑA** | **ITEM** | **SIN PRUEBA** | **PORCENTAJE ASIGNADO TOTAL** | **PORCENTAJE TOTAL ALCANZADO** |
|---|---|---|---|---|
| | Análisis de Hoja de Vida | *25%* | 15% | 22,00% |
| | Prueba de conocimientos | *NA* | 30% | 0,00% |
| | Pruebas Psicológicas | *35%* | 25% | 21,00% |
| | E: Entrevista | *40%* | 30% | 28,00% |
| | Ajuste al perfil ( 70%) | | 100% | 71,00% |
| | **Concepto Final** | Se ajusta adecuadamente al perfil - actividad | Si X | NO |

| **ANALISIS DE HOJA DE VIDA CUMPLIMIENTO REQUISITOS DEL PERFIL** | | |
|---|---|---|
| | Formacion académica | AUXILIAR DE ENFERMERIA , COORPORACION TECNICA PARA EL TRABAJO , 2017 |
| | Expériencia laboral (años) | Una vez validadas las características del perfil solicitado y revisados los soportes adjuntos de experiencia laboral relacionada por el candidato, la asignación de honorarios que se suscribirá en el contrato será de acuerdo a la tabla de honorarios establecida para el perfil de AUXILIAR DE ENFERMERIA |
| | Experiencia Relacionada (años | 4 AÑOS 2 MESES |
| | Honorario Asignado (Resolucion Vigente ) | EL ASIGNADO SEGÚN RESOLUCION DE HONORARIOS |

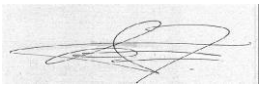
| **PRUEBA SE COMPETENCIAS 360° FORTALEZAS** | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Actitud hacia las normas | Adaptabilidad X | Analisis numérico X | Atención al detalle | Autocontrol | **Compromiso laboral (67%)** |
| | Comunicación escrita | Disciplina X | **Habilidad social (83%)** | **Orientacion a resultados (89%)** | planeacion | **Trabajo en equipo (89%)** |
| | Retrolimentacion | sentido de urgencia X | **comunicación abierta (83%)** | | | |

| **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 PRUE BA 360 : 69 PUNTOS SOBRE 100** |
| | El candidato presenta adecuado desempeño durante la entrevista, claridad conceptual y manifiesta interes por la propuesta laboral. 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. | | | | | Cuenta |

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



**FIRMA QUIEN REALIZA EL PROCESO**



**VºBº DIRECTOR GESTION DE TALENTO HUMANO**