Carlos Alberto Gonzalez Montealegre
80821869
Dermatologo

	REQUERIMIENTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA ADICION Y/O PRORROGA	Versión:	1	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C
		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:
LADY HICEL MORENO ORTEGON Profesional de Enfermeria UMHES Kennedy	Dia	Mes	Año	UMHES Kennedy
	20	11	2018	

Motivo de la solicitud (Marque con una X)		No CONTRATO	
Adición y Prorroga	x	3952-2018	Formato documentos minimos para celebrar contrato : Lista de Chequeo Persona Natural
Adición			
Prorroga			
Reinicio			

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

La oficina Subgerencia de servicios de salud requiere la contratación de un Dermatologo para el servicio de consullta externa en la sede Kennedy de acuerdo a las actividades requeridas para la prestacion de los servicios.

Descripciòn del servicio solicitado

DERMATOLOGO

AREA:	ADMINISTRATIVO		ASISTENCIAL	X
PERFIL	DERMATOLOGO			
NUMERO DE PERSONAS REQUERIDAS:	1			

EXPERIENCIA: (En años) ▭ EN:

HABILIDADES: Elaborar una Historia Clinica que reúna las condiciones exigidas en la Resolución No. 1995/99,diligenciamiento de la historia clinica,trato humanizado con los usuarios y su familia,respetar los derechos del paciente y cumplir el código de ética médica y todas las disposiciones legales pertinentes que como servidores en el área de la salud están obligados, tanto en Servicios Ambulatorios.

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 politicas 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 :La forma de pago de valor por evento se clasifico de la manera descrita en las obligaciones contractuales.con un monto mensual de $6,000,000 mas 3,000,000 de quince dias de enero
1 mes y 15 dias		MES	1	9000000	9000000	
		HORA			0	
		ACTIVIDAD			0	

ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

1.Cumplir en forma eficiente y oportuna los trabajos encomendados y aquellas obligaciones que se generen de acuerdo con la naturaleza del servicio.2.Disponer de la actitud de servicio de acuerdo a la misión, visión, principios y valores institucionales para realizar la prestación del servicio.Diligenciamiento de historia clinica segun normatividad vigente y sistema de informacion implementado en la subred.3. Ejecutar con plena autonomía técnica y científica el objeto relacionado de este contrato.4. Respetar los derechos del paciente y cumplir el código de ética médica y todas las disposiciones legales pertinentes que como servidores en el área de la salud están obligados, tanto en Servicios Ambulatorios, como en Urgencias y UNIDAD DE SERVICIOS.5.Participar en las actividades clínicas, docentes, investigativas y / o administrativas en las cuales el UNIDAD DE SERVICIOS requiera de su intervención.6.Llevar y presentar controles estadisticos con fines científicos y administrativos. Dicha información debe ser consolidada y presentada al interventor del contrato como soporte para la certificación de actividades.7.LA FORMA DE PAGO DE ACUERDO AL CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES EJECUTADAS CERTIFICADAS POR EL INTERVENTOR PREVIAMENTE: MENSUAL El valor de cada consulta será de $17.000, los procedimientos Quirúrgicos se pagarán así : el 25% de la sumatoria a tarifa SOAT de los honorarios médicos, de dermatólogo y derechos de sala de acuerdo al grupo correspondiente: Grupo 2 el valor a pagar será $35.450, el grupo 3 $46.400, El grupo 4 $57.775 y El grupo 5 $77.450, previa certificación o el cumplimiento de estas actividades por el responsable del area.8.Llenar con calidad y en forma completa todos los formatos de historias clínicas de su competencia, los reportes de estudios de acuerdo con lo establecido en las normas legales de auditoria y el manual de historias clínicas de la Institución, respaldando.9.Contestar las interconsultas que le fueren solicitadas por los diferentes servicios del UNIDAD DE SERVICIOS de manera oportuna buscando la solución pronta de la patologia que aqueja al paciente.10.Colaborar de manera efectiva en el proceso de facturación mediante decidida participación en la parte del proceso que le corresponda.11. Velar por la adecuada y racional utilización de los recursos de la Institución y demás equipos y elementos del UNIDAD DE SERVICIOS que sean destinados para el cumplimiento de sus actividades contractuales.12.Cumplir con la presentación del reglamento de higiene y seguridad y con la ejecución del programa de Salud Ocupacional, ejecutando procedimientos seguros de trabajo según actividad a realizar en la Institución. Así como acogerse al programa de Salud Ocupacional.13. Asistir a los cursos de inducción, organizados por la Institución para el personal nuevo con el fin de fortalecer sus políticas de mejoramiento continuo.14.Realizar y presentar al supervisor de la orden de prestación de servicio las copias de los recibos de pago de los aportes a sistema de seguridad social integral.15.Uso adecuado del bata y carne según lineamiento institucional.Incluye el cumplimiento de la estrategia " Quitate la Bata" en el contexto de seguirada del paciente.16. En caso de presentarse un caso fortuito o de fuerza mayor que impida asistir a la consulta deberá informar oportunamente al Supervisor del Contrato 17. Reportar en forma oportuna al lider del proceso ambulatorio intramural y subgerencia de prestación de servicos de salud los riesgos para la seguridad del paciente como caidas entre otros, en los formatos implementados por la Institución 18. Participar activamente en las capacitaciones a las que sea asignado.En caso de presentar un caso fortuito o fuerza mayor que impidar asistir a la consulta informar al supervisor del contrato,Uso adecuado de la bata y carnet segun lineamiento institucional,Estrategia de "A la calle sin bata" en el contexto de seguridad del paciente.

CONSTANCIA DE NO EXISTENCIA DE PERSONAL EN PLANTA

LADY HICEL MORENO ORTEGON LIDER ASISTENCIAL	ANA MARIA MAHECHA BUITRAGO DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS