Magdalena Borda

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**REQUERIMIENTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA ADICION Y/O PRORROGA**	Versión:	1
		Fecha de aprobación:	24/02/2017
		Código:	04-02-FO-0005
			ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Quien solicita (colocar cargo y /o perfil del supervisor)	**Fecha de la Solicitud**			**Dependencia o sede:** PAPS CENTRO DIA
CLAUDIA PATRICIA ROSERO CAICEDO	**Dia**	**Mes**	**Año**	
LIDER PAPS 48,49 Y CENTRO DIA	25	5	2018	**Dirección a la que pertenece:** GESTION CLINICA AMBULATORIA

Motivo de la solicitud (Marque con una X)		**No CONTRATO**	
Adición y Prorroga	X	1991 - 2018	**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 oficina Proceso Gestión Clinica Ambulatoria requiere la contratación de un TERAPEUTA OCUPACIONAL para la realizacion de actividades en la sede PAPS CENTRO DIA

Descripciòn del servicio solicitado

Prestar Servicios Profesionales deTERAPEUTA OCUPACIONAL en e lProceso Gestión Clinica Ambulatoria de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E - Unidad Prestadora de Servicios de Salud Fontibón. o donde sean requeridos por el supervisor del contrato.

AREA:	ADMINISTRATIVO		ASISTENCIAL	X

PERFIL	TERAPEUTA OCUPACIONAL

NUMERO DE PERSONAS REQUERIDAS:	1

EXPERIENCIA: (En años) 1 EN: TERAPEUTA OCUPACIONAL

HABILIDADES: Trabajo en equipo, Respeto , Compromiso , Vocación de Servicio , Disiplina

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	**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**
		MES	1303209	1	**1303209**	
		HORA	14013	93	**1303209**	
		ACTIVIDAD			**0**	

ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

a. Atención de la consulta de terapia ocupacional por la agenda.
b. elaborar diagnóstico de los riesgos y funciones y ocupacionales.
c. Realizar evaluación, orientar y reubicar ocupacionalmente.
d. Caracterizar los riesgos y disfuncionalidades habitual-ocupacional.
e. Contribuir con Equipo profesional Salud en diagnostico-rehabilitacion.
f. Establecer métodos terapéuticos en actividades cotidianas y diarias.
g. desarrollar estrategias a estimular fortalecer hábitos cognitivos.
h. Capacitar a comunidad en inclusión laboral de personas con discapacidad.
i. Realizar evaluación, diagnostico y tratamiento.
j. realizar la referencia y contrareferencia que se requiera.
k. Realizar las acciones para garantizar la cadena de custodia requerida.
l. Controlar y administrar procesos asistenciales investigativos.

CONSTANCIA DE NO EXISTENCIA DE PERSONAL EN PLANTA

La Referente o Líder de Talento Humano CERTIFICA que analizada la planta actual de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente, Unidad Prestadora de Servicios de Salud Fontibon _____ se encontró que: el presente requerimiento se tramita por 1. __ no existencia del perfil requerido; 2. ___por insuficiencia del mismo; 3. ___por existencia de lista de elegibles para provisión de cargo o por la necesidad de contratar a un profesional con conocimientos específicos.

_____
Unidad Funcional de Talento Humano

CLAUDIA PATRICIA ROSERO CAICEDO Nombre y firma del Supervisor		ANA MARIA MAHECHA BUITRAGO Nombre Directora Servicios Ambulatorios