

**REQUERIMIENTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA
ADICIÓN Y/O PRORROGA**

Versión: 1
Fecha de aprobación: 24/02/2017
Código: 04-02-FO-0005



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Dependencia o sede:

UNIDAD KENNEDY

Quien solicita (colocar cargo y/o perfil del supervisor)

ANA TULIA RINCON SALCEDO REFERENTE TECNICO
ENFERMERIA

Motivo de la solicitud (Marque con una X)

Adición y Prorroga ☒
Prorroga ☐
Reinicio ☐

Día
22

Fecha de la Solicitud

Mes
10

Año
2018

No CONTRATO

1508

Formato documentos mínimos para celebrar contrato : Lista de
Chequeo Persona Natural

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

El área RECEN NACIDOS de requiere garantizar el Apoyo en Hospitalización en la Subred Integrada de servicios de salud Sur Occidente ESE En concordancia con las obligaciones y actividades pactadas.

AREA:

ADMINISTRATIVO ☐

Descripción del servicio solicitado

CAMILLERO

PERFIL

CAMILLERO PEÑA MUÑOZ RICARDO DANILO CC. 19467505

ASISTENCIAL ☒

NUMERO DE PERSONAS
REQUERIDAS:

EXPERIENCIA: (En años)

HABILIDADES: Liderazgo - compromiso institucional -Generador de confianza . Destreza en el desarrollo de sus actividades - Capacidad en :La comunicación, Toma de decisiones y en mantener magnificas relaciones interpersonales.

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

TIEMPO DE EJECUCION
UN (1) MES

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
HORA
ACTIVIDAD

6730

186

0

1251780

0

ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

Apoyar al profesional del servicio en las actividades del área,Apoyar a los pacientes en sus necesidades básicas,Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad,Realizar a cada paciente los procedimientos ordenados por el profesional tratante según competencia,Retroalimentar a la supervisión dificultades del proceso de atención,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, 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,Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred,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.

CONSTANCIA DE NO EXISTENCIA DE PERSONAL EN PLANTA

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

ANA TULIA RINCON SALCEDO
Nombre y firma del Supervisor

GLORIA AMANDA SALINAS PIRAJAN
Director de Servicios Hospitalarios