Laura Roncancio
1030669530

	REQUERIMIENTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA ADICION Y/O PRORROGA	Versión:	1	
		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:
LUZ DARY CAMPOS- LIDER UNIDAD BOSA	Dia	Mes	Año	DIRECCION DE AMBULATORIO UNIDAD DE BOSA
	26	12	2018	

Motivo de la solicitud (Marque con una X)		No CONTRATO	Formato documentos mínimos para celebrar contrato : Lista de Chequeo Persona Natural
Adición y Prorroga	X	4767-2018	
Adición			
Prorroga			
Reinicio			

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

El area de Terapia Fisica requiere garantizar el Apoyo en Ambulatorio en la Subred Integrada de servicios de salud Sur Occidente ESE En concordancia con las obligaciones y actividades pactadas.

Descripciòn del servicio solicitado

TERAPEUTA FISICA

AREA: ADMINISTRATIVO [ ] ASISTENCIAL [x]

PERFIL TERAPEUTA FISICA - LAURA NATHALIA RONCANCIO MALDONADO CC: 1030669530

NUMERO DE PERSONAS REQ 1

EXPERIENCIA: (En años) EN: TERAPIA FISICA

HABILIDADES: Generación de prácticas seguras en salud, diligencia en la atención a pacientes, seguimiento de procesos, adecuadas relaciones interpersonales, resolución de problemas, capacidad de análisis, toma de decisiones, empatía.

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 15 DIAS	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			0	
		HORA	$ 13.219	93	$ 1.229.367	
		ACTIVIDAD			0	

ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

1. Prestar los servicios profesionales como Terapeuta Física, aplicando las normas establecidas por la institución, cumpliendo con los preceptos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, como principio rector.
2. Participar en la elaboración, actualización y divulgación de los protocolos de manejo de su área y cumplir con la respectiva adherencia.
3. Apoyar los procesos de vigilancia epidemiológica en todas aquellas situaciones riesgosas para la población y notificar eventos adversos.
4. Diligenciar de forma adecuada, clara, legible y oportuna de la Historia Clínica y sus soportes de acuerdo a las normas legales vigentes por cada paciente atendido respaldando su atención con la firma y sello.
5. Realizar la consulta y evolución diaria de pacientes hospitalizados y plan de manejo.
6. Cumplir con las actividades contempladas como normas de bioseguridad, manejo adecuado de residuos hospitalarios.
7. Reportar accidentes de trabajo de manera inmediata.
8. Recibir y entregar turno aplicando los procedimientos definidos para tal fin y conforme a las actividades establecidas por el Hospital.
9. Diligenciar adecuadamente los registros de los sistemas de información y los soportes adecuados para la facturación del servicio.

CONSTANCIA DE NO EXISTENCIA DE PERSONAL EN PLANTA

LUZ DARY CAMPOS MORENO Nombre y firma del Supervisor		Director de Servicios Ambulatorio Dra Ana Maria Maheche