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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

1825

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 **LIDER ASISTENCIAL**	12	1	2022	**Área o Servicio:** CONSULTA EXTERNA
				Dirección a la que pertenece: DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS

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

JUSTIFICACIÓN O NECESIDAD DE LA PRESTACION DE SERVICIO REQUERIDO

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente, E.S.E., requiere garantizar la prestacion del servicio de PSIQUIATRIA a la población de las localidades de influencia de nuestra Institución; para lo cual, es necesario la contratación de un MEDICO ESPECIALISTA- ORTOPEDIA INFANTIL para la realización de las diferentes actividades que se realizan en nuestras Unidades de atención de acuerdo con las obligaciones y actividades pactadas.

DESCRIPCION DEL SERVICIO SOLICITADO

Prestar servicios como MEDICO ESPECIALISTA- ORTOPEDIA INFANTIL , en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E - donde sean requeridos por el supervisor del contrato.

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

PERFIL: MEDICO ORTOPEDISTA INFANTIL

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 Marque con una X según corresponda las condiciones del contrato en lo relacionado a honorarios para proyección del valor a contratar		CANTIDAD (meses ,horas, actividades a contratar)	**OBSERVACIONES : Se requiere por necesidades del servicio y por terminacion de OPS 1481-2021**
MES			
HORA	X	100	
ACTIVIDAD			

ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

1) Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad. 2) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes 3) Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación 4) Participar en la programación de actividades del área. 5) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. 6) Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. 7) Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente. 8) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. 9) Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento. 10) Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación. 11) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención. 12) Emitir conceptos médicos que se le requieran. 13) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. 14) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato. 15) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. 16) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convoca Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. 17) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. 18) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales. 19) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred. 20) Participación en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios. 21) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado 22) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente 23) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.

PÉRFIL Y NOMBRE DE QUIEN EJERCERÁ LA SUPERVISIÓN

1. Nombre:	LILIANA CASTIBLANCO MOSOS
2. Identificación:	52619353
3. Perfil o cargo:	LIDER UNIDAD PATIO BONITO TINTAL
4. Justificación (Si aplica)	Por experiencia especifica en el servicio

ANA MARIA MAHECHA BUITRAGO
DIRECTORA SERVICIOS AMBULATORIOS

SANDRA MILENA ROZO MATEUS
SUBGERENTE DE PESTACION 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

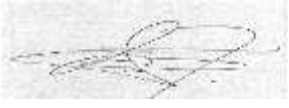
HACE CONSTAR:

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 MEDICO ESPECIALISTA-ORTOPEDIA INFANTIL por cuanto:

1.___No existencia del perfil requerido
2.**X**_Insuficiencia del mismo
3.___La necesidad de contratar a un profesional con conocimientos específicos.

Dado en Bogotá D.C. a los 12 días de enero del 2022

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		12/2021

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: 08 Mes: 04	Año:2022		
	Genero: F___ M_X_ Otra: _____ Edad: 31_ A		Proceso de Promoción: SI___NO __X_	Reintegro SI_____NO X	
DIRECCION/AREA Y/O OFICINA SOLICITANTE	***DIRECCION AMBULATORIOS***				
PERFIL A CONTRATAR (Solicitado en el requerimiento)	***MEDICO ESPECIALISTA-ORTOPEDIA INFANTIL***				

CRITERIO Y PONDERACION DEL PROCESO DE SELECCIÓN

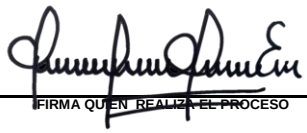
BERNEL MARQUEZ BENITEZ	**ITEM**	**SIN PRUEBA**	**PORCENTAJE ASIGNADO TOTAL**	**PORCENTAJE TOTAL ALCANZADO**
	Análisis de Hoja de Vida	*25%*	25%	23,00%
	Prueba de conocimientos	*NA*		
	Pruebas Psicológicas	*35%*	35%	18,00%
	E: Entrevista	*40%*	40%	35,00%
	Ajuste al perfil (70%)		100%	76,00%
	Concepto Final	Se ajusta adecuadamente al perfil - actividad	Si	NO

ANALISIS DE HOJA DE VIDA CUMPLIMIENTO REQUISITOS DEL PERFIL		
	Formacion académica	UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MEXICO - ORTOPEDIA PEDIATRICA - 2020
	Expériencia laboral (años)	6 MESES
	Experiencia Relacionada (años	6 MESES
	Honorario Asignado (Resolucion Vigente)	SEGÚN LA TABLA DE HONORARIOS

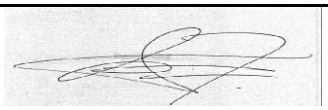
PRUEBA SE COMPETENCIAS 360° FORTALEZAS						
	Actitud hacia las normas	Adaptabilidad	Analisis numérico	Atención al detalle	Autocontrol	**Compromiso laboral (83%)**
	Comunicación escrita	Disciplina	**Habilidad social (83%)**	**Orientacion a resultados (56%)**	planeacion	**Trabajo en equipo (100%)**
	Retrolimentacion	sentido de urgencia	**comunicación abierta (83%)**	Promedio:		

RESULTADOS DE LA ENTREVISTA							
	Factores Evaluados	Comunicación	Relaciones Interpersonales	Proyeccion	Humanizacion	Total obtenido de factores Evaluados	8
	Concepto entrevista con lider (si aplica) marque Si o No	Favorable	**X**	No favorable	Observaciones :	Cuenta 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. Se encuentra apto para desarrollar las actividades propuestas. AJUSTE AL PERFIL 76%	
	El candidato muestra interes de ingresar a la entidad, A nivel familiar se evidencia hogar estructurado. Actualmente vive en la localidad:La calera Cumple a lo solicitado a nivel de experiencia y conocimiento. De acuerdo a los resultados, se puede evidenciar que el candidato cumple con el perfil requerido, competencias suficientes, desarrolladas para desempeñarse de forma optima en el perfil al cual aspira. Se recomienda realizar seguimiento a las competencias que estuvieron por debajo del promedio.						

CRITERIOS DE INCLUSION SOCIAL	Madre o Padre cabeza de familia: No Localidad donde vive: La calera Barrio: La calera Grupos ëtnicos: NO Condición de discapacidad : NO Otro _____ cual _____



FIRMA QUIEN REALIZA EL PROCESO



VºBº PROF. ESPECIALIZADO III