

|                                                                                 |                                                                    |                      |               |                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
|  | REQUERIMIENTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA ADICIÓN Y/O PRORROGA | Version:             | 1             |  |
|                                                                                 |                                                                    | Fecha de aprobación: | 24/02/2017    |                                                                                   |
|                                                                                 |                                                                    | Código:              | 04-02-FO-0005 |                                                                                   |

|                                                                                                                                                          |                       |           |                                                                                      |                                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Quien solicita (colocar cargo y lo perfil del supervisor)<br>CLAUDIA PATRICIA ROSERO CAICEDO (E)<br>LIDER CAPS ZONA FRANCA, PAPS 50 PUERTA DE TEJA ( E ) | Fecha de la Solicitud |           |                                                                                      | Dependencia o sede: CAPS<br>ZONA FRANCA<br>Dirección a la que pertenece: GESTION<br>CLINICA AMBULATORIA |
|                                                                                                                                                          | Día                   | Mes       | Año                                                                                  |                                                                                                         |
| Motivo de la solicitud (Marque con una X)                                                                                                                | 28                    | 12        | 2018                                                                                 |                                                                                                         |
| Adición y Prorroga                                                                                                                                       |                       |           |                                                                                      |                                                                                                         |
| Adición                                                                                                                                                  |                       |           |                                                                                      |                                                                                                         |
| Prorroga                                                                                                                                                 | X                     |           |                                                                                      |                                                                                                         |
| Reinicio                                                                                                                                                 |                       |           |                                                                                      |                                                                                                         |
|                                                                                                                                                          |                       | 3954-2018 | Formato documentos mínimos para celebrar contrato : Lista de Chequeo Persona Natural |                                                                                                         |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                |                                                      |                                            |                                      |             |                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------|-------------|---------------------------------------------------------------------|
| JUSTIFICACIÓN O NECESIDAD DE LA PRESTACION DE SERVICIO REQUERIDO<br>(Previa verificación presupuestal)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                |                                                      |                                            |                                      |             |                                                                     |
| La oficina Proceso Gestión Clínica Ambulatoria requiere la contratación de un Fisiatra para la realización de actividades en la sede: CAPS ZONA FRANCA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                |                                                      |                                            |                                      |             |                                                                     |
| Descripción del servicio solicitado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                |                                                      |                                            |                                      |             |                                                                     |
| Prestar servicios como Fisiatra en el Proceso Gestión Clínica 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 | <input type="checkbox"/>                             | ASISTENCIAL                                | X                                    |             |                                                                     |
| PERFIL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | FISIATRA       |                                                      |                                            |                                      |             |                                                                     |
| CARLOS ARTURO RUEDA CARO CC: 79286162                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                |                                                      |                                            |                                      |             |                                                                     |
| NUMERO DE PERSONAS REQUERIDAS:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 1              |                                                      |                                            |                                      |             |                                                                     |
| EXPERIENCIA: (En años)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 1              | EN: FISIATRA                                         |                                            |                                      |             |                                                                     |
| HABILIDADES: Trabajo en equipo, Respeto, Compromiso, Vocación de Servicio, Disciplina                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                |                                                      |                                            |                                      |             |                                                                     |
| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | MONTO TOTAL    | Marque con una X, según corresponda tipo de contrato | VALOR UNITARIO (meses, horas, actividades) | CANTIDAD (meses, horas, actividades) | VALOR TOTAL | Observaciones : MES \$ 20.000.000 - Valores según propuesta adjunta |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                | MES                                                  |                                            |                                      | \$0         |                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                | HORA                                                 |                                            |                                      | 0           |                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                | ACTIVIDAD                                            |                                            |                                      | 0           |                                                                     |

ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

a. Dar respuesta a la interconsulta de Fisiatría, derivada de los servicios de Hospitalización y urgencias.

b. Realizar la Consulta Externa de Fisiatría según la agenda programada con oportunidad y calidez, de acuerdo a los tiempos establecidos en las instalaciones de la subred integrada de servicios de salud sur occidente unidad prestadora de servicios de salud de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. - Unidad de Servicios de Salud Fontibón, y/o donde el supervisor del contrato lo requiera.

c. Realizar ayudas diagnósticas, toma y lectura de Electromiografías, Neuroconducciones, Test de Lambert, potenciales y Fenolizaciones para los pacientes del Hospital y demás procedimientos de Electrodiagnóstico en el consultorio ubicado en la Carrera 19 A N° 82-51 según la agenda de atención acordada con el Supervisor del contrato aplicando en cada actividad la ética y responsabilidad que la profesión y la ley le imponen para su ejercicio.

d. Presentar las hojas de vida de los equipos utilizados, cronogramas de mantenimiento, certificados de calibración y póliza de aseguramiento de dichos equipos.

e. Realización de Procedimientos hasta el segundo nivel de complejidad, de acuerdo a la Resolución 5261 de 1994 del Ministerio de Salud, (Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan obligatorio de Salud- MAPIPOS, siguiendo los procesos establecidos por la institución para la programación de agendas y salas especiales de procedimientos.

f. Diligenciar la historia clínica sistematizada respetando lo normado en la Resolución 1995 de 1999 y demás normatividad vigente, y/o los formatos que haya implementado la institución en forma legible, sin tachones, enmendaduras, registro de fecha y hora de la atención, nombre y registro médico.

g. Entregar diariamente los registros individuales de prestación de los servicios (RIPS), completamente diligenciados de acuerdo a la resolución 3374 de 2002 y a la resolución 0951 del 2003 del Ministerio de salud, al área de estadística o quien defina el coordinador del centro.

h. Aplicar las guías de manejo clínico aprobadas por el hospital y el contratista para la especialidad y colaborar en la actualización de las mismas, teniendo en cuenta la medicina basada en la evidencia.

i. En caso de presentarse un caso fortuito o fuerza mayor que impida asistir a la consulta, informar al supervisor del contrato.

j. Cumplir oportunamente el inicio y finalización de las jornadas según lo establecido en la programación del servicio.

k. Participar activamente en el cumplimiento de los planes de mejoramiento producto de la Auditorías internas y externas.

l. Cumplir y hacer cumplir las normas establecidas por la institución en materia de bioseguridad, seguridad del paciente, referencia y contrareferencia, manejo integral de residuos, entre otros.

m. Dar un trato humanizado a nuestro s usuarios en términos de calidez, seguridad, vocación de servicios, equidad, respeto por la dignidad humana, transparencia, integridad, solidaridad, Oportunidad y suministro adecuado y correcto de información en salud al usuario y la familia.

n. Participar en los procesos de habilitación y/o acreditación, implementados la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., Unidad de Servicios de Salud Unidad Fontibón.

o. Reportar en forma oportuna al líder del proceso ambulatorio intramural y subgerencia de servicios de salud los riesgos para la seguridad del paciente dependiendo el servicio como caídas entre otras.

p. Participar activamente en la programación de actividades de su especialidad a las que sea convocado.

q. Realizar la referencia y contrarreferencia cuando se requiera dentro de los lineamientos de redes de servicios de salud y de acuerdo a las normas que la regulan.

r. Presentación de cuenta de cobro acompañada de informe de actividades (No. Consultas realizadas, procedimientos realizados y procedimientos cancelados) copia de RIPS, factura de pago de la consulta externa y soportes de pagos de parafiscales.

s. Realizar seguimiento al contrato junto con el supervisor del contrato para revisar la ejecución del mismo y presentar dentro de los 10 días siguientes el plan de mejoramiento que sea requerido.

t. Colaborar con Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., Unidad de Servicios de salud donde se encuentre en el desarrollo de los Convenios Docencia - Servicio, que se relacionen con la especialidad, sin delegar las responsabilidades en los estudiantes e internos que se asignen en el servicio de la especialidad.

u. Velar por el adecuado funcionamiento de los equipos de su especialidad, así como de su custodia y reportar oportunamente cualquier daño que se presente en ellos.

v. Participar activamente a las capacitaciones a las que sea asignado.

w. Alimentar permanentemente los sistemas de información que están a su cargo y mantenerlos al día.

x. Cumplir con los estándares de Acreditación que le apliquen de tal manera que permitan el desarrollo del objeto contractual y favorezca el proceso de acreditación al interior de la institución.

y. Uso adecuado del bata y carne según lineamiento institucional. Incluye el cumplimiento de la estrategia "Quítate la Bata" en el contexto de seguridad del paciente. z. Asumir el 100% de la glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad o de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista.

z.a. Hacer entrega al área de ingeniería biomédica los manuales en español de los equipos que suministre el especialista, al igual que el cronograma de mantenimiento preventivo, cronograma de calibraciones para los equipos que lo requieran, reportes de mantenimientos preventivo, reportes de mantenimiento correctivo y reportes de calibración para los equipos que requieran calibración. Todos los documentos se deben mantener actualizados y deben hacerlos llegar antes de realizar procedimiento con estos equipos, o en el momento de ingresar a la Unidad Prestadora de Servicios de Salud. El incumplimiento podrá generar el no pago de cuentas de cobro o facturas.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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 Fontibón 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                 |
| <br>Nombre y firma del Supervisor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <br>Nombre Directora Servicios Ambulatorios |