

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

|                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                           |                 |                    |                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Quien solicita</b> (colocar cargo y /o perfil del supervisor)<br><b>ZULMA YADIRA GONZALEZ ROA REFERENTE TECNICO INSTRUMENTACION Y ESTERILIZACION</b> | <b>Fecha de la Solicitud</b>                                                                                                                                                                                                              |                 |                    | <b>Dependencia o sede:</b><br><b>FONTIBON</b>                                        |
|                                                                                                                                                         | <b>Día</b><br>9                                                                                                                                                                                                                           | <b>Mes</b><br>3 | <b>Año</b><br>2022 |                                                                                      |
|                                                                                                                                                         | <b>Motivo de la solicitud (Marque con una X)</b><br>Adición y Prorroga <input checked="" type="checkbox"/> <b>3305-2022</b><br>Adición <input type="checkbox"/><br>Prorroga <input type="checkbox"/><br>Reinicio <input type="checkbox"/> |                 |                    |                                                                                      |
| No CONTRATO                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                           |                 |                    | Formato documentos mínimos para celebrar contrato : Lista de Chequeo Persona Natural |

|                                                                                                                                                                                                          |                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| <b>JUSTIFICACIÓN O NECESIDAD DE LA PRESTACION DE SERVICIO REQUERIDO</b><br>(Prevía verificación presupuestal)                                                                                            |                                                                           |
| El area de Salas de Cirugía 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. |                                                                           |
| <b>Descripción del servicio solicitado</b><br>INSTRUMENTADORA QUIRURGICA                                                                                                                                 |                                                                           |
| <b>AREA:</b> ADMINISTRATIVO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                     | ASISTENCIAL <input checked="" type="checkbox"/>                           |
| <b>PERFIL</b>                                                                                                                                                                                            | INSTRUMENTADOR QUIRURGICA- ROSSIASCO VELASQUEZ ELIANA PAOLA CC:1032419759 |

|                                       |                               |
|---------------------------------------|-------------------------------|
| <b>NUMERO DE PERSONAS REQUERIDAS:</b> | <b>EXPERIENCIA: (En años)</b> |
| EN: INSTRUMENTADOR QUIRURGICA         |                               |

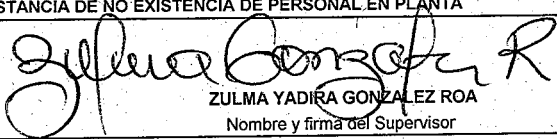
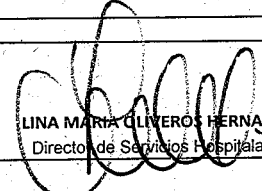
**HABILIDADES:** Liderazgo - compromiso Institucional -Generador de confianza . Destreza en el desarrollo de sus actividades - Capacidad en :La comunicación, Toma de decisiones y en mantener magnificas relaciones interpersonales.

**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 | 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:SE SOLICITA PARA REEMPLAZO DE OPS 3303-2022 EN LA UNIDAD DE FONTIBON, QUIEN REALIZARA ACTIVIDADES EN LA UNIDAD DE KENNEDY POR SUSPENSION DE LA OPS 2816-2022 |
|---------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                     |                                                  | MES                                                 |                                      |                                                   | 0           |                                                                                                                                                                            |
|                     |                                                  | HORA                                                | 18296                                | 78                                                | 1427088     |                                                                                                                                                                            |
|                     |                                                  | ACTIVIDAD                                           |                                      |                                                   | 0           |                                                                                                                                                                            |

**ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA**

Realizar las actividades, procedimientos e intervenciones en sala de cirugía para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cada paciente,Velar por la esterilización del instrumental y equipos utilizados en salas de cirugía,Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes,Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones en el sistema de información de la Subred; 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 ,Participar en la programación de las actividades de la Subred,Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la Subred,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,Impartir instrucciones al personal relacionado con los requerimientos de los pacientes,Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad,Realizar los procedimientos e intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio,Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación,Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred,Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento,Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado,Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio,Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos,Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado,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.

|                                                                                                                                                |                                                                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>CONSTANCIA DE NO EXISTENCIA DE PERSONAL EN PLANTA</b>                                                                                       |                                                                                                                                                             |
|  ZULMA YADIRA GONZALEZ ROA<br>Nombre y firma del Supervisor |  LINA MARIA OLIVEROS HERNANDEZ<br>Directora de Servicios Hospitalarios |

17/03/22  
 OPS