1005

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

| Quien solicita (colocar cargo y /o perfil del supervisor) | Fecha de la Solicitud | | | Dependencia o sede: |
|---|---|---|---|---|
| | Día | Mes | Año | |
| DIANA MARITZA BELTRAN BEJARANO | 08 | 01 | 2019 | UNIDAD KENNEDY |

| Motivo de la solicitud (Marque con una X) | | No CONTRATO | | |
|---|---|---|---|---|
| Adición y Prorroga | X | 5904 | | |
| Adición | | | | |
| Prorroga | | | | |
| Reinicio | | | | |

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

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

**Descripción del servicio solicitado**

CAMILLERO

| AREA: | ADMINISTRATIVO | | ASISTENCIAL | X |
|---|---|---|---|---|
| PERFIL | CAMILLERO MONTAÑEZ MORENO LUZ MILA CC: 1031172963 | | | |
| 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 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 | 6349 | 93 | 590457 | |
| | | ACTIVIDAD | | | 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**

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 _____ 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**

| Nombre y firma del Supervisor | | Director de Servicios Hospitalarios |
|---|---|---|