Empresa Social del Estado 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:
GLORIA INES MUÑOZ GARCIA - Referente Enfermeria	Dia	Mes	Año	KENNEDY
	9	11	2018	

Motivo de la solicitud (Marque con una X)		No CONTRATO	
Adición y Prorroga	X	5891-18	Formato documentos minimos para celebrar contrato : Lista de Chequeo Persona Natural
Adición			
Prorroga			
Reinicio			

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

El area de Enfermeria 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

AUXILIAR DE ENFERMERIA

AREA:	ADMINISTRATIVO		ASISTENCIAL	X
PERFIL	AUXILIAR DE ENFERMERIA			

NUMERO DE PERSONAS REQUERIDAS:	1

EXPERIENCIA: UN AÑO ___ EN: AUXILIAR DE ENFERMERIA

HABILIDADES: Líderzgo - 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 (1.3 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: Adicionar 81 horas por necesidades del servicio. • DE LA PEÑA PARRA ALVARO, OPS-5891-18, para cubrir pago del 18 al 30 de Noviembre de 2018, Valor hora $8.475.oo.
		MES			0	
		HORA	$ 8.475	81	686475	
		ACTIVIDAD			0	

ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

Recibir y entregar el turno por paciente asignado e informar sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporcionar al turno entrante información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermeria,Realizar las actividades de enfermeria asignadas por el profesional de enfermeria, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio,Informar al profesional de enfermeria los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clínico del paciente,Retroalimentar al supervisor dificultades del proceso de atención, Asesorar al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados en casa garantizar la comprensión de las órdenes médicas y dar continuidad del tratamiento ambulatorio,Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad,Brindar orientación a los pacientes y sus familiares con relación a sus necesidades y expectativas de acuerdo con las políticas institucionales y las normas vigentes,Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio,Diligenciar documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible ,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 la certificación de cumplimiento,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,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,Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales,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

GLORIA INES MUÑOZ GARCIA Nombre y firma del Supervisor		GLORIA AMANDA SALINAS PIRAJAN Directora de Servicios Hospitalarios

a. Subred: Debe colocarse el número 3 que corresponde a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente
b. Unidad Prestadora de Servicios: Debe colocarse una X en el Nombre de la Unidad que solicita el Recurso Humano
c. Quien Solicita: Debe anotarse el cargo del funcionario y /o el perfil del Supervisor de Contrato del servicio o proceso solicitante
d. Fecha de Solicitud: Debe consignarse en las casillas los datos correspondientes al día, Mes y Año de la solicitud, estos deben registrarse en Esfero y sin Enmendaduras. No usar números romanos ni abreviaturas
e. Dependencia o Sede: Debe consignarse el nombre completo del servicio y ubicación de la Sede donde se requiere el personal solicitado, recuerde que los requisitos exigidos en la lista de chequeo dependen del servicio donde se ubicara la persona.
f. Motivo de la solicitud: Se diligencia marcando con una X frente a la opción correspondiente, la razón que motiva el requerimiento del personal
g. Numero de Contrato: Debe diligenciarse el Número Completo del Contrato de Orden de Prestación de Servicios en los casos de Adición y/o Adición y Prórroga

14 NOV 2018