Marin Bustos Jose Edgar

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:**
	Dia	**Mes**	**Año**	
ROSA INES LEON SIERRA - Lider enfermeria	3	12	2018	KENNEDY

Motivo de la solicitud (Marque con una X)		**No CONTRATO**		
Adición y Prorroga		**4074-18**	**Formato documentos mínimos para celebrar contrato : Lista de Chequeo Persona Natural**	
Adición	X			
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.

Descripciòn del servicio solicitado

CAMILLERO

AREA:	ADMINISTRATIVO		ASISTENCIAL	X
PERFIL	CAMILLERO			
NUMERO DE PERSONAS REQUERIDAS:	1			
EXPERIENCIA: UN AÑO		EN: CAMILLERO		

HABILIDADES: Liderzgo - 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 politicas 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

		Marque con una X según corresponda tipo de contrato	VALOR UNITARIO(mes, hora, actividad)	CANTIDAD (meses ,horas, actividades a contratar)	VALOR TOTAL	Observaciones: 90 HORAS por necesidades del servicio. * MARIN BUSTOS JOSE EDGAR, OPS-4074-18, cubrir a ELSA TORRES, quien no continúa en diciembre 2018.
TIEMPO DE EJECUCION	**MONTO TOTAL** (valor no debe registrarse en lapiz)	MES			0	
		HORA	$ 6.730	90	605700	
		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

Rosa Inés León S.		
ROSA INES LEON SIERRA		**GLORIA AMANDA SALINAS PIRAJAN**
Nombre y firma del Supervisor		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
h. Formato documentos mínimos para celebrar contrato: Verifique la Lista de Chequeo de Persona Natural para su solicitud de personal y cumplimiento de requisitos para la