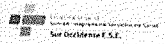


DARIO STEPHEN CONDON URMILLO

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

|                                                                             |                       |             |                                                                                      |                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <b>CLAUDIA XIMENA BENAVIDES RODRIGUEZ-LIDER HOSPITALARIA UMHES FONTIBON</b> | Fecha de la Solicitud |             |                                                                                      | Dependencia o sede:<br><br><b>UMHES FONTIBON</b> |
|                                                                             | Día                   | Mes         | Año                                                                                  |                                                  |
|                                                                             | 9                     | 4           | 2018                                                                                 |                                                  |
| Motivo de la solicitud (Marque con una X)                                   |                       | No CONTRATO |                                                                                      |                                                  |
| Adición y Prorroga                                                          |                       |             |                                                                                      |                                                  |
| Adición                                                                     | X                     |             |                                                                                      |                                                  |
| Prorroga                                                                    |                       |             |                                                                                      |                                                  |
| Reinicio                                                                    |                       |             |                                                                                      |                                                  |
|                                                                             |                       | 2308-2018   | Formato documentos minimos para celebrar contrato : Lista de Chequeo Persona Natural |                                                  |

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

La Direccion de Servicios Hospitalarios requiere garantizar el Apoyo en la elaboración y suscripción de los procesos Contractuales como profesional especializado en Medicina Interna en el acompañamiento de las diferentes actividades que se realizan en la Subred integrada de servicios de salud Sur Occidente ESE En concordancia con las obligaciones y actividades pactadas.

**Descripción del servicio solicitado**

PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO INTERNISTA. Dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. - UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD FONTIBON, de acuerdo a las necesidades de la Institución.

**AREA:** ADMINISTRATIVO ☐ ASISTENCIAL ☒

**PERFIL** MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

**NUMERO DE PERSONAS REQUERIDAS:** 1

**EXPERIENCIA: (En años)** 2 AÑOS **INTERNISTA**

**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 sobrevenientes 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(mes, hora, actividad) | CANTIDAD (meses, horas, actividades a contratar ) | VALOR TOTAL   | Observaciones: La direccion Hospitalaria Solicita adicional al contrato 2308-2018, el valor de \$ 11.496.576, Por falta de dinero en el contrato inicial esta en BOSA - FONTIBON. |
|---------------------|-------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                     |             | MES                                                 |                                      |                                                   |               |                                                                                                                                                                                   |
|                     |             | HORA                                                | X                                    | \$ 73.666                                         | 156           |                                                                                                                                                                                   |
|                     |             | ACTIVIDAD                                           |                                      |                                                   | \$ 11.496.576 |                                                                                                                                                                                   |

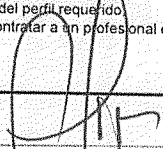
**ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA**

1) Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad. 2) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes 3) Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, 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 4) Participar en la programación de actividades del área. 5) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. 6) 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. 7) Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente. 8) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. 9) Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento. 10) Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación. 11) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención. 12) Emitir conceptos médicos que se le requieran. 13) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. 14) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlos al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato. 15) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. 16) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. 17) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. 18) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales. 19) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred. 20) Participación en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios. 21) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado 22) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente 23) 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 Lider 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. no por insuficiencia del mismo; 3. no 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><b>CLAUDIA XIMENA BENAVIDES RODRIGUEZ</b><br>Lider Asistencial UMHES FONTIBON | <br><b>GLORIA AMANDA SALINAS PIRAJAN</b><br>Director de Servicios Hospitalarios |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|