

EQUERIMIENTO 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: |                |
| ROSA INES LEON SIERRA REFERENTE TECNICO ENFERMERIA        |  | Día                                                          | Mes | Año                 | UNIDAD KENNEDY |
| Motivo de la solicitud (Marque con una X)                 |  | 23                                                           | 08  | 2018                |                |
| Adición y Prorroga                                        |  | No CONTRATO                                                  |     |                     |                |
| Adición                                                   |  | Formato documentos mínimos para celebrar contrato : Lista de |     |                     |                |
| Prorroga                                                  |  | Chequeo Persona Natural                                      |     |                     |                |
| Reinicio                                                  |  |                                                              |     |                     |                |

JUSTIFICACIÓN O NECESIDAD DE LA PRESTACION DE SERVICIO REQUERIDO  
(Previa verificación presupuestal)  
El area ENFERMERIA de 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.

|                                     |                                                                                                                                            |
|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Descripción del servicio solicitado |                                                                                                                                            |
| AREA:                               | ADMINISTRATIVO <input type="checkbox"/> PROFESIONAL EN ENFERMERIA <input type="checkbox"/> ASISTENCIAL <input checked="" type="checkbox"/> |
| PERFIL                              | PROFESIONAL EN ENFERMERIA PEREZ MARTINEZ JOANA VIVIANA CC: 52154257                                                                        |
| 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 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 UN (1) MES | 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                                                 |                                      |                                                   |             |               |
|                                |                                                  | HORA                                                |                                      |                                                   |             |               |
|                                |                                                  | ACTIVIDAD                                           |                                      |                                                   |             |               |
|                                |                                                  |                                                     | 15599                                | 186                                               | 2901414     |               |
|                                |                                                  |                                                     |                                      |                                                   | 0           |               |

ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

Apoyar la realización de las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos ordenados por el profesional tratante para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral.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, 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 entrega de turno según el procedimiento establecido.Participar en la programación de las actividades del área.Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente,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 a cargo ,Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integridad. ,Realizar los procedimientos al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio,Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación,Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención,Promover acciones de humanización en la atención y de seguridad del paciente en el servicio,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,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, equipos de mejoramiento de acreditación, 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. ) 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 ,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

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