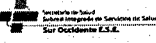
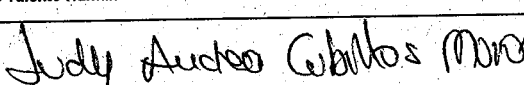
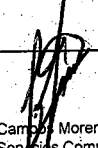


|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>REQUERIMIENTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA ADICIÓN Y/O PRORROGA</b> | Versión: 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                       |                                                  |             |     |  |  |   |      |       |    |        |           |  |  |   |                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------|-----|--|--|---|------|-------|----|--------|-----------|--|--|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                           | Fecha de aprobación: 1/07/2020                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                     |                                       |                                                  |             |     |  |  |   |      |       |    |        |           |  |  |   |                                                                                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                           | Código: 04-02-FO-0005                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                     |                                       |                                                  |             |     |  |  |   |      |       |    |        |           |  |  |   |                                                                                                                                                              |
| <b>Quien solicita:</b><br>Ludy Andrea Cubillos Mora - Enfermera                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>Fecha de la Solicitud</b><br>Día: 4 Mes: 7 Año: 2023                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>Dependencia o sede:</b><br>UNIDAD RENAL - USS KENNEDY                            |                                       |                                                  |             |     |  |  |   |      |       |    |        |           |  |  |   |                                                                                                                                                              |
| <b>Motivo de la solicitud (Marque con una X)</b><br>Adición y Prorroga<br>Adición <input checked="" type="checkbox"/> Prorroga <input type="checkbox"/> Reinicio <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                           | <b>No CONTRATO:</b><br>5333-2022<br>Formato documentos mínimos para celebrar contrato : Lista de Chequeo Persona Natural                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                     |                                       |                                                  |             |     |  |  |   |      |       |    |        |           |  |  |   |                                                                                                                                                              |
| <b>JUSTIFICACIÓN O NECESIDAD DE LA PRESTACION DE SERVICIO REQUERIDO</b><br>(Previa verificación presupuestal)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                     |                                       |                                                  |             |     |  |  |   |      |       |    |        |           |  |  |   |                                                                                                                                                              |
| La Dirección de Servicios complementarios requiere la contratación de un Auxiliar de Enfermería para la realización de actividades en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                     |                                       |                                                  |             |     |  |  |   |      |       |    |        |           |  |  |   |                                                                                                                                                              |
| <b>Descripción del servicio solicitado</b><br>Prestar servicios profesionales especializados y de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial como Auxiliar de Enfermería dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la institución.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                     |                                       |                                                  |             |     |  |  |   |      |       |    |        |           |  |  |   |                                                                                                                                                              |
| <b>AREA:</b> ADMINISTRATIVO <input type="checkbox"/> ASISTENCIAL <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                     |                                       |                                                  |             |     |  |  |   |      |       |    |        |           |  |  |   |                                                                                                                                                              |
| <b>PERFIL:</b> AUXILIAR DE ENFERMERIA - DUVAN OSWALDO FONSECA RODRIGUEZ CC 1010078180                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                     |                                       |                                                  |             |     |  |  |   |      |       |    |        |           |  |  |   |                                                                                                                                                              |
| <b>NUMERO DE PERSONAS REQUERIDAS:</b> 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                     |                                       |                                                  |             |     |  |  |   |      |       |    |        |           |  |  |   |                                                                                                                                                              |
| <b>EXPERIENCIA: (En años)</b> EN:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                     |                                       |                                                  |             |     |  |  |   |      |       |    |        |           |  |  |   |                                                                                                                                                              |
| <b>HABILIDADES:</b> Buenas Relaciones interpersonales, resolución de problemas, capacidad de análisis, toma de decisiones, empatía, trabajo en equipo, vocación de servicio.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                     |                                       |                                                  |             |     |  |  |   |      |       |    |        |           |  |  |   |                                                                                                                                                              |
| <b>R+A31: L41 RIESGOS DE LA CONTRATACIÓN:</b> 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                     |                                       |                                                  |             |     |  |  |   |      |       |    |        |           |  |  |   |                                                                                                                                                              |
| <b>TIEMPO DE EJECUCION</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>MONTO TOTAL (valor no debe registrarse en lápiz)</b>                   | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Marque con una X según corresponda tipo de contrato</th> <th>VALOR UNITARIO (mes, hora, actividad)</th> <th>CANTIDAD (meses, horas, actividades a contratar)</th> <th>VALOR TOTAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MES</td> <td></td> <td></td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>HORA</td> <td>10520</td> <td>30</td> <td>315600</td> </tr> <tr> <td>ACTIVIDAD</td> <td></td> <td></td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table> | Marque con una X según corresponda tipo de contrato                                 | VALOR UNITARIO (mes, hora, actividad) | CANTIDAD (meses, horas, actividades a contratar) | VALOR TOTAL | MES |  |  | 0 | HORA | 10520 | 30 | 315600 | ACTIVIDAD |  |  | 0 | <b>Observaciones:</b> Por necesidades del servicio de la unidad renal, se dializan todos los pacientes en el día ya que no se cuenta con turno de madrugada. |
| Marque con una X según corresponda tipo de contrato                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | VALOR UNITARIO (mes, hora, actividad)                                     | CANTIDAD (meses, horas, actividades a contratar)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | VALOR TOTAL                                                                         |                                       |                                                  |             |     |  |  |   |      |       |    |        |           |  |  |   |                                                                                                                                                              |
| MES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 0                                                                                   |                                       |                                                  |             |     |  |  |   |      |       |    |        |           |  |  |   |                                                                                                                                                              |
| HORA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 10520                                                                     | 30                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 315600                                                                              |                                       |                                                  |             |     |  |  |   |      |       |    |        |           |  |  |   |                                                                                                                                                              |
| ACTIVIDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 0                                                                                   |                                       |                                                  |             |     |  |  |   |      |       |    |        |           |  |  |   |                                                                                                                                                              |
| <b>ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA</b><br>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 enfermería.<br>Realizar las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio.<br>Informar al profesional de enfermería los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clínico del paciente.<br>Retroalimentar al supervisor dificultades del proceso de atención.<br>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.<br>Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad.<br>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.<br>Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio.<br>Diligenciar documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible.<br>Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.<br>Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento.<br>Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.<br>Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.<br>Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.<br>Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.<br>Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.<br>Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.<br>Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.<br>Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato. |                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                     |                                       |                                                  |             |     |  |  |   |      |       |    |        |           |  |  |   |                                                                                                                                                              |
| <b>CONSTANCIA DE NO EXISTENCIA DE PERSONAL EN PLANTA</b><br>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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                     |                                       |                                                  |             |     |  |  |   |      |       |    |        |           |  |  |   |                                                                                                                                                              |
| <b>Unidad Funcional de Talento Humano</b><br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <br/>         Ludy Andrea Cubillos Mora<br/>         Enfermera       </div> <div> <br/>         Luz Dary Camacho Moreno<br/>         Vo.Bo. Directora de Servicios Complementarios       </div> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                     |                                       |                                                  |             |     |  |  |   |      |       |    |        |           |  |  |   |                                                                                                                                                              |

110 JUL 2023