| | REQUERIMIENTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA ADICION Y/O PRORROGA | Versión: | 1 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación: | 01.07.2020 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0005 | |

| Quien solicita (colocar cargo y /o perfil del supervisor) | Fecha de la Solicitud | | | Dependencia o sede: |
|---|---|---|---|---|
| DIANA MONTERO<br>REFERENTE ENFERMERIA SUBRED SUROCCIDENTE | Dia | Mes | Año | |
| | 04 | 10 | 2023 | UNIDAD DE KENNEDY |

| Motivo de la solicitud (Marque con una X) | | No CONTRATO | |
|---|---|---|---|
| Adición y Prorroga | | 5018-2022 | Formato documentos mínimos para celebrar contrato : Lista de Chequeo Persona Natural |
| Adición | X | | |
| Prorroga | | | |
| Reinicio | | | |

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

El area de Enfermeria requiere garantizar el Apoyo en Hospitalizacion en la Subred Integrada de servicios de salud Sur Occidente ESE En concordancia con las obligaciones y actividades pactadas.

**Descripciòn del servicio solicitado**

AUXILIAR DE ENFERMERIA

| AREA: | ADMINISTRATIVO | ASISTENCIAL | X |
|---|---|---|---|
| PERFIL | AUXILIAR DE ÉNFERMERIA:MORALES SUAREZ CINDY YICETH 1022353385 | | |

| NUMERO DE PERSONAS REQUERIDAS: | 1 |
|---|---|

EXPERIENCIA: (En años) EN: AUXILIAR DE ENFERMERIA

**HABILIDADES: Líderzgo - compromiso Institucional -Generador de confianza . Destreza en el desarrollo de sus actividades - Capacidad en :La comunicación, Toma de decisiones y en mantener magnificas relaciones interpersonales.**

**RIESGOS DE LA CONTRATACIÓN:** Inhabilidad e incompatibilidades sobrevinientes.Demora en el inicio de la ejecución del contrato.Errores en la supervisión. No informar oportunamente al supervisor su designación.Riesgo relacionado al conocmiento, experiencia y destreza en el desempeño de sus actividadesRiesgo por no asistencia a las actividades programadas.Riesgo relacionado con las conductas que miran la intencionalidad del individuo y su actitvidad valorativa y ética ante las actividades y los usuarios. Riesgo en la planeación de las actividades por realizar.Riesgo por no cumplimiento de normas y políticas institucionales, entre las que se encuentran misión, visión,planes de acción, objetivos, metas e indicadores.Riesgo de no cumplimiento de los parámetros de calidad establecidos por el supervisor para las actividades asignadas
No entrega de soportes , registros de las actividades de acuerdo con los procedimientos y requerimientos de la entidad

| TIEMPO DE EJECUCION | 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 | se solicita adicionar 90 horas de acuerdo a las programacion de actividades por TERMINACION DE CONTRATO ops # 5250-2022 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | MES | | | 0 | |
| | | HORA X | 11083 | 90 | 997470 | |
| | | ACTIVIDAD | | | 0 | |

**ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA**

Recibir y entregar el turno por paciente asignado e informar sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporcionar al turno entrante información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermería,Realizar las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio,Informar al profesional de enfermería los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clínico del paciente,Retroalimentar al supervisor dificultades del proceso de atención, Asesorar al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados en casa garantizar la comprensión de las órdenes médicas y dar continuidad del tratamiento ambulatorio,Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad,Brindar orientación a los pacientes y sus familiares con relación a sus necesidades y expectativas de acuerdo con las políticas institucionales y las normas vigentes,Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio,Diligenciar documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible ,Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred,Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento,Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato,Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado,Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio,Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos,Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales,Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred,Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente,Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.

CONSTANCIA DE NO EXISTENCIA DE PERSONAL EN PLANTA

| DIANA MONTERO<br>Nombre y firma del Supervisor | JUAN MANUEL MENDIETA NOVOA ( E )<br>DIRECTORA DE SERVICIOS HOSPITALARIOS |
|---|---|

05 OCT 2023

13

| | REQUERIMIENTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA ADICION Y/O PRORROGA | Versión: | 1 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación: | 01.07.2020 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0005 | |

| Quien solicita (colocar cargo y /o perfil del supervisor) | Fecha de la Solicitud | | | Dependencia o sede: |
|---|---|---|---|---|
| DIANA MONTERO<br>REFERENTE ENFERMERIA SUBRED SUROCCIDENTE | Dia | Mes | Año | UNIDAD DE KENNEDY |
| | 03 | 11 | 2023 | |

| Motivo de la solicitud (Marque con una X) | | No CONTRATO | | |
|---|---|---|---|---|
| Adición y Prorroga | | 5018-2022 | Formato documentos mínimos para celebrar contrato : Lista de Chequeo Persona Natural | |
| Adición | X | | | |
| Prorroga | | | | |
| Reinicio | | | | |

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

El area de Enfermeria requiere garantizar el Apoyo en Hospitalizacion en la Subred Integrada de servicios de salud Sur Occidente ESE En concordancia con las obligaciones y actividades pactadas.

**Descripciòn del servicio solicitado**

AUXILIAR DE ENFERMERIA

| AREA: | ADMINISTRATIVO | | ASISTENCIAL | X |
|---|---|---|---|---|
| PERFIL | AUXILIAR DE ENFERMERIA: MORALES SUAREZ CINDY YICETH 1022353385 | | | |
| NUMERO DE PERSONAS REQUERIDAS: | 1 | | | |
| EXPERIENCIA: (En años) | | EN: AUXILIAR DE ENFERMERIA | | |

**HABILIDADES: Líderzgo - compromiso Institucional -Generador de confianza . Destreza en el desarrollo de sus actividades - Capacidad en :La comunicación, Toma de decisiones y en mantener magnificas relaciones interpersonales.**

**RIESGOS DE LA CONTRATACIÓN:** Inhabilidad e incompatibilidades sobrevinientes.Demora en el inicio de la ejecución del contrato.Errores en la supervisión. No informar oportunamente al supervisor su designación.Riesgo relacionado al conocmiento, experiencia y destreza en el desempeño de sus actividadesRiesgo por no asistencia a las actividades programadas.Riesgo relacionado con las conductas que miran la intencionalidad del individuo y su actitvidad valorativa y ética ante las actividades y los usuarios. Riesgo en la planeación de las actividades por realizar.Riesgo por no cumplimiento de normas y políticas institucionales, entre las que se encuentran misión, visión,planes de acción, objetivos, metas e indicadores.Riesgo de no cumplimiento de los parámetros de calidad establecidos por el supervisor para las actividades asignadas
No entrega de soportes , registros de las actividades de acuerdo con los procedimientos y requerimientos de la entidad

| TIEMPO DE EJECUCION | 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 | se solicita adicionar 90 horas de acuerdo a las programación de actividades por TERMINACION DE CONTRATO ops # 5567-2023 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | MES | | | 0 | |
| | | HORA X | 11083 | 90 | 997470 | |
| | | ACTIVIDAD | | | 0 | |

**ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA**

Recibir y entregar el turno por paciente asignado e informar sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporcionar al turno entrante información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermería,Realizar las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio,Informar al profesional de enfermería los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clínico del paciente,Retroalimentar al supervisor dificultades del proceso de atención, Asesorar al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados en casa garantizar la comprensión de las órdenes médicas y dar continuidad del tratamiento ambulatorio,Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad,Brindar orientación a los pacientes y sus familiares con relación a sus necesidades y expectativas de acuerdo con las políticas institucionales y las normas vigentes,Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio,Diligenciar documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible ,Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred,Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento,Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato,Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado,Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio,Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos,Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales,Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred,Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente,Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.

**CONSTANCIA DE NO EXISTENCIA DE PERSONAL EN PLANTA**

| | | |
|---|---|---|
| **DIANA MONTERO**<br>Nombre y firma del Supervisor | | **LINA MARIA OLIVEROS HERNANDEZ**<br>DIRECTORA DE SERVICIOS HOSPITALARIOS |

14 NOV 2023