

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

|                                                                                                                                      |                              |                    |            |                                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Quien solicita</b> (colocar cargo y /o perfil del supervisor)<br><b>efe Oficina de Atención al Usuario y Participación Social</b> | <b>Fecha de la Solicitud</b> |                    |            | <b>Dependencia o sede:</b><br>Servicio al Ciudadano y Participación Social - Unidad de Servicios Pablo VI |
|                                                                                                                                      | <b>Día</b>                   | <b>Mes</b>         | <b>Año</b> |                                                                                                           |
|                                                                                                                                      | 22                           | 10                 | 2019       |                                                                                                           |
| <b>Motivo de la solicitud (Marque con una X)</b>                                                                                     |                              | <b>No CONTRATO</b> |            |                                                                                                           |
| <b>Adición y Prorroga</b>                                                                                                            | <b>X</b>                     | <b>3795-2019</b>   |            | <b>Formato documentos mínimos para celebrar contrato :</b><br><b>Lista de Chequeo Persona Natural</b>     |
| <b>Adición</b>                                                                                                                       |                              |                    |            |                                                                                                           |
| <b>Prorroga</b>                                                                                                                      |                              |                    |            |                                                                                                           |
| <b>Reinicio</b>                                                                                                                      |                              |                    |            |                                                                                                           |

|                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>JUSTIFICACIÓN O NECESIDAD DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIO REQUERIDO</b><br><b>(Prevía verificación presupuestal)</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

El área de Atención al Usuario y Participación Social, requiere de un AUXILIAR DE ENFERMERIA para la Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente PABLO VI, en concordancia con las obligaciones y actividades pactadas.

|                                            |
|--------------------------------------------|
| <b>Descripción del servicio solicitado</b> |
|--------------------------------------------|

Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como AUXILIAR DE ENFERMERIA para el desarrollo de actividades de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE 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 Enfermería - María Burbano Saavedra C.C. 52.027.039 |
|---------------|-----------------------------------------------------------------|

|                               |                                                              |
|-------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <b>NUMERO DE PERSONAS REQ</b> | 1                                                            |
| <b>EXPERIENCIA:</b>           | Un (1) año                                                   |
| <b>EN:</b>                    | actividades de auxiliar de enfermería - atención al usuario. |

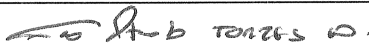
**HABILIDADES:** Capacidad de trabajo en equipo, comunicación asertiva, orientación al usuario, manejo de herramientas informáticas.

**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 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

|                                       |                                |                                                     |                                              |                                                          |                    |                                                                                      |
|---------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>TIEMPO DE EJECUCION</b><br>: 1 mes | <b>MONTO TOTAL</b> \$1.835.991 | Marque con una X según corresponda tipo de contrato | <b>VALOR UNITARIO</b> (mes, hora, actividad) | <b>CANTIDAD</b> (meses, horas, actividades a contratar ) | <b>VALOR TOTAL</b> | Observaciones Se hace adición y prorroga desde el 1 hasta el 30 de Noviembre de 2019 |
|                                       |                                | <b>MES</b>                                          | <b>X</b>                                     | <b>1</b>                                                 | <b>\$1.835.991</b> |                                                                                      |
|                                       |                                | <b>HORA</b>                                         |                                              |                                                          | <b>0</b>           |                                                                                      |
|                                       |                                | <b>ACTIVIDAD</b>                                    |                                              |                                                          | <b>0</b>           |                                                                                      |

|                                                   |
|---------------------------------------------------|
| <b>ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA</b> |
|---------------------------------------------------|

1. Realizar revisión cuidadosa de documentos que presenten los usuarios que deseen utilizar el servicio de ruta, de encontrar un usuario que no soporte el traslado en la ruta, el auxiliar debe informar inmediatamente a la oficina para la investigación respectiva, se debe respetar la población priorizada beneficiaria y vinculación con derecho a utilizar este servicio. 2. Los Auxiliares de Ruta, se deben presentar con informador, facturador y no con guardas de seguridad y presentarse en sala de espera de cada unidad de servicios de salud de la Subred. 3. Dar la bienvenida para el ingreso a la ruta, ubicar y acomodar a los usuarios y a sus acompañantes de acuerdo a la Unidad de destino y verificar que todos tengan las medidas de seguridad pertinentes (cinturón, posición, anclajes) para iniciar el recorrido según programación. Igualmente, ubicarlos para el ingreso a la Unidad respectiva, ubicarlos de acuerdo al trámite que van a realizar, verificando documentos del usuario. 4. Velar por el mantenimiento de la imagen institucional a través de sus actuaciones individuales y del porte adecuado del uniforme acordado y del carnet institucional, durante la ejecución de sus actividades. 5. Atender en forma personalizada a los usuarios garantizando la oportuna canalización y resolución de sus requerimientos, orientando las acciones según los lineamientos establecidos en el modelo de operación de la ruta. 6. Verificar los documentos de los usuarios que cumplan con los requisitos de atención, revisando que estén completos (Interconsultas, remisión, autorización o solicitud de servicios totalmente diligenciados) junto con el documento de identidad. 7. Realizar charlas de educación a los usuarios durante los traslados o en salas de espera de las unidades de servicios de salud de la Subred Suroccidente, sobre temas como derechos y deberes, lavado de manos, horarios de programación del servicio, características del programa, entre otros. 8. Registrar de manera oportuna, legible, sin tachones ni enmendaduras los datos de los usuarios y acompañantes en las planillas respectivas. 9. Despedirse de los usuarios, presentar al informador aclarando que con él continúa el proceso para los trámites de la solicitud de la cita o atención al servicio remitido; o direccionar con el informador a los usuarios para el respectivo traslado y viceversa; según el caso. 10. Estar informados de los trámites de citas y apertura de agendas de las Unidades de Servicios de Salud de la Subred Suroccidente y del Distrito en general a fin de brindar información oportuna a los usuarios. 11. Orientar y acompañar a los usuarios según competencia y necesidades para consecución de citas y servicios. 12. Realizar reporte permanente (de forma personal o telefónica) sobre los traslados y recorridos con el fin de garantizar oportunidad del servicio, igualmente informar al supervisor las novedades que se presenten durante la prestación del servicio. 13. Realizar contactos intrasistémicos e interinstitucionales para garantizar la adecuada atención de los usuarios. 14. Informar inmediatamente sobre cualquier eventualidad que interfiera con el adecuado cumplimiento de los objetivos establecidos. 15. Responder por la integridad y buen uso de cada uno de los equipos médicos con que cuenta la ruta de la salud. 16. Entregar al supervisor dentro de los tres primeros días hábiles del mes el informe de traslados realizados y actividades ejecutadas en el mes inmediatamente anterior, en los formatos establecidos. 17. Formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo las observaciones emitidas por el supervisor. 18. Estar informados en cuanto a las novedades que se generen en el tema de Salud a nivel local, distrital y nacional. 19. Promover en los usuarios objeto del programa la generación de estilos, hábitos y conductas de vida saludable, y de esta manera propender por la calidad de vida. 20. Diligenciar adecuadamente las planillas de asignación de citas de acuerdo a la Unidad de la Subred asignada. 21. Informar al usuario objeto de traslado el día, la hora de la cita, el sitio de recogida, y las indicaciones para recibir el servicio, cerciorándose que el usuario entendió la información brindada. 22. Leer a los usuarios antes de iniciar los recorridos el consentimiento informado, los objetivos de la ruta y las situaciones que puedan afectar el funcionamiento de la ruta, brindando las indicaciones pertinentes. 23. Suministrar los datos y la información de las diferentes bases de datos cuando sean requeridos previa verificación para entrega. 24. Desarrollar y mantener acciones de autocontrol y mejoramiento sobre las actividades asignadas, que garanticen la operación eficiente del área y el cumplimiento de la misión de la entidad. 25. Aplicar encuesta de satisfacción del servicio a los usuarios que se utilizan la ruta de la salud, previas indicaciones del supervisor. 26. Mantener, responder y hacer uso racional del equipo de comunicación (celular), mantenerlo cargado y en disponibilidad cuando se requiera. 27. Participar activamente en el desarrollo de procesos de fortalecimiento de competencias del talento humano dados por la Institución. 28. Asistir a reuniones programadas con oficina de atención al usuario, informadores y auxiliares de la ruta de la salud de la subred suroccidente. 29. Realizar permanente comunicación con todo el equipo de la Ruta de la Salud para tener información sobre disponibilidad de cupos de atención para los usuarios de centros de atención de primer nivel. 30. Digitación y tabulación de las encuestas de satisfacción de Usuarios de la Ruta. 31. Realizar el traslado de los usuarios discapacitados con las ayudas técnicas de los vehículos asignados al programa. 32. Mantener la confidencialidad de la información y datos suministrados por los usuarios que utilizan el servicio de la Ruta. 33. Las auxiliares deben reportar las usuarias gestantes que no tengan control prenatal, y los menores que no tengan vacunas ni se encuentren en crecimiento y desarrollo. 34. Las auxiliares, deben ir atrás realizando acompañamiento y seguimiento a los usuarios y registrado los datos para el respectivo traslado. 35. Apoyar en otras actividades relacionadas y previa solicitud del supervisor.

|                                                                                     |                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>CONSTANCIA DE NO EXISTENCIA DE PERSONAL EN PLANTA</b>                            |                                                                                                     |
|  |                 |
| Referente de Servicio al Ciudadano<br>Gina Paola Torres Avila                       | Firma Jefe de la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano<br>Mirella Peña Rojas |