| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | REQUERIMIENTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA ADICION Y/O PRORROGA | Versión: | 1 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación: | 24/02/2017 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0005 | |

| **Quien solicita** (colocar cargo y /o perfil del supervisor) | **Fecha de la Solicitud** | | | **Dependencia o sede: UMHE PATIO BONITO TINTAL** |
|---|---|---|---|---|
| **MARITZA MILENA MEJIA LOZANO** | **Dia** | **Mes** | **Año** | |
| **Líder UMHE Tintal** | **20** | **12** | **2019** | **Dirección a la que pertenece: GESTION CLINICA AMBULATORIA** |

| **Motivo de la solicitud (Marque con una X)** | | **No CONTRATO** | |
|---|---|---|---|
| **Adición y Prorroga** | **X** | **3114-2019** | **Formato documentos mínimos para celebrar contrato : Lista de Chequeo Persona Natural** |
| **Adición** | | | |
| **Prorroga** | | | |
| **Reinicio** | | | |

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

La oficina Proceso Gestión Clinica Ambulatoria requiere la contratación de un Auxiliar de Odontología y/o Auxiliar Higiene Oral para la realizacion de actividades en la sede UMHE Patio Bonito Tintal

**Descripciòn del servicio solicitado**

Prestar servicios Auxiliar de Odontología y/o Auxiliar Higiene Oral en el Proceso Gestión Clinica Ambulatoria de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E - UMHE Patio Bonito Tintal o donde sean requeridos por el supervisor del contrato.

| **AREA:** | ADMINISTRATIVO | | ASISTENCIAL | X |
|---|---|---|---|---|
| **PERFIL** | AUXILIAR DE ODONTOLOGIA Y/O AUX DE HIGIENE ORAL | | | |
| **NUMERO DE PERSONAS REQUERIDAS:** | 1 | | | |

**EXPERIENCIA: (En años)** 1 EN: AUXILIAR DE ODONTOLOGIA Y/O AUX DE HIGIENE ORAL

**HABILIDADES: Trabajo en equipo, Compromiso, Respeto , Vocación de Servicio , Disiplina**

**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 | Marque con una X según corresponda tipo de contrato | VALOR UNITARIO(mes, hora, actividad) | CANTIDAD (meses ,horas, actividades a | VALOR TOTAL | Observaciones |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | MES | | | | |
| | | HORA | 8070 | 186 | 1501020 | |
| | | ACTIVIDAD | | | 0 | |

**ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA**

a. Alimentar permanentemente los sistemas de información que están a su cargo y mantenerlos al día.
b..Atender la consulta programada con rendimiento de tres consulta por hora(higienista).
c. Presentar las evaluaciones programadas por el Hospital para medir la adherencia a los procesos de entrenamiento en puesto de trabajo.
d. Diligenciar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999.
e. Remitir a los pacientes a odontología general para continuar tratamiento cuando sea necesario (higienista).
f. Cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución.
g. Contribuir en la evaluación de actividades de impacto en la prestación de servicios de salud oral.
h. Realizar el informe de gestión mensual y hacer entrega el ultimo día del mes luego de realizarlo (higienista).
i. Apoyar los procesos de facturación de los servicios que preste y responder por las glosas generadas por errores en los procedimientos establecidos.
j. Asumir el 100% de la glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y o acciones de calidad, oportunidad o de otra índole en la que tenga l.responsabilidad el contratista. k. Recepcionar al paciente que va a ser atendido y verificar que la documentación se encuentre en regla para una adecuada facturación.
l. Colaborar y asistir adecuadamente al odontólogo en la atención de la consulta programada y de urgencias.
m. Esterilizar y desinfectar el instrumental y equipo, preparar los materiales y medicamentos necesarios para la atención con calidad integral del paciente.
n. Preparar el ambiente del consultorio odontológico para la atención con calidad integral al paciente y facilitar la actividad profesional del odontólogo e higienista.
ñ. Revisar y tramitar facturas de tratamientos terminados.
o. Elaborar y controlar adecuadamente los pedidos de material devolutivo y consumo.
p. Cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución.
q. Todas las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y sean afines al desarrollo del objeto del contrato.
r. Alimentar permanentemente los registros del servicio que están a su cargo y mantenerlos al día.
s. Presentar las evaluaciones programadas por la institución para medir la adherencia a los procesos de entrenamiento en puesto de trabajo.
t. Velar por inventario de consultorios con entrega y recibido de equipos diariamente registrando en planilla de alistamiento de consultorio.
u. Uso adecuado del uniforme y carne según lineamiento institucional.
v. Adherencia al manual de bioseguridad y estilización.
w.Uso adecuado del carne según lineamiento institucional.

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

La Referente o Líder de Talento Humano CERTIFICA que analizada la planta actual de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente, Unidad Prestadora de Servicios de Salud Fontibon _____ 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 especificos

Maritza Milena Mejía Lozano.

MARITZA MILENA MEJIA LOZANO
Nombre y firma del Supervisor

**Dra. ANA MARIA MAHECHA BUITRAGO**
Nombre Directora Servicios Ambulatorios

ANA LUDIBIA CAMPO LATORRE CC. 29540231