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

| **Quien solicita** (colocar cargo y /o perfil del supervisor) | **Fecha de la Solicitud** | | | **Dependencia o sede:** |
|---|---|---|---|---|
| | **Dia** | **Mes** | **Año** | |
| NORIDA RAFAELA SEGURA CUELLAR | 21 | 10 | 2019 | Punto de Atención Primaria en Salud PAPS PAPS PORVENIR |
| **Motivo de la solicitud (Marque con una X)** | | **No CONTRATO** | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Adición y Prorroga** | X | 3238-2019 | **Formato documentos mínimos para celebrar contrato : Lista de Chequeo Persona Natural** |
| **Adición** | | | |
| **Prorroga** | | | |
| **Reinicio** | | | |

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

El Área de Consulta Externa Punto de Atencion Primaria en Salud PAPS CABAÑAS requiere garantizar el Apoyo en la elaboración y suscripción de los procesos Contractuales como AUXILIAR DE CONSULTORIO ODONTOLÓGICO en el acompañamiento de las diferentes actividades que se realizan 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 CONSULTORIO ODONTOLÓGICO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **AREA:** | ADMINISTRATIVO | | ASISTENCIAL | X |
| **PERFIL** | AUXILIAR DE CONSULTORIO ODONTOLÓGICO – XIMENA MARCELA GOMEZ QUINTERO - 52747494 | | | |
| **NUMERO DE PERSONAS REQUERIDAS:** | 1 | | | |
| **EXPERIENCIA: (En años)** | 1 | EN: EL EJERCICIO DE SU PROFESION | | |

**HABILIDADES: Generación de prácticas seguras en salud, diligencia en la atención a pacientes, seguimiento de procesos, adecuadas relaciones interpersonales, resolución de problemas, capacidad de análisis, toma de decisiones, empatía.**

**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

| | | Marque con una X según corresponda tipo de contrato | VALOR UNITARIO(mes, hora, actividad) | CANTIDAD (meses ,horas, actividades a contratar.) | VALOR TOTAL | **Observaciones El Area de Consulta Externa Punto de Atencion Primaria en Salud PAPS CABAÑAS requiere garantizar el Apoyo en la elaboración y suscripción de los procesos Contractuales como AUXILIAR DE CONSULTORIO ODONTOLÓGICO en el acompañamiento de las diferentes actividades que se realizan en la Subred integrada de servicios de salud Sur Occidente ESE En concordancia con las** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIEMPO DE EJECUCION | MONTO TOTAL (valor no debe registrarse en lapiz) | MES | 8.070 | 186 | **1.501.020** | |
| | | HORA | | | **0** | |
| | | ACTIVIDAD | | | **0** | |

**ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA**

1) Apoyar al profesional del servicio en las actividades del área. 2) Apoyar a los pacientes en sus necesidades básicas. 3) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. 4) Realizar a cada paciente los procedimientos ordenados por el profesional tratante según competencia. 5) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. 6) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento. 7) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. 8) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. 9) Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. 10) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. 11) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos institucionales 12) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred. 13) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente 14) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.

**Dra. NORIDA RAFAELA SEGURA CUELLAR**

**Apoyo Profesional Líder o Referente**

**Dra. ANA MARIA MAHECHA**

**Directora de Servicios Ambulatorios**