	REQUERIMIENTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA ADICION Y/O PRORROGA	Versión:	1	ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA 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	Dia	Mes	Año	
REFERENTE ENFERMERIA	4	1	2024	UNIDAD DE KENNEDY

Motivo de la solicitud (Marque con una X)		No CONTRATO	
Adición y Prorroga		6490-2023	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

CAMILLERO

AREA: ADMINISTRATIVO ASISTENCIAL X

PERFIL CAMILLERO: CORTES LOZANO ANGIE LORENA 1012437004

NUMERO DE PERSONAS REQUERIDAS: 1

EXPERIENCIA: (En años) EN: CAMILLERO

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 DE OPS # 888-2023
		MES			0	
		HORA X	8303	90	747270	
		ACTIVIDAD			0	

ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

Apoyar al profesional del servicio en las actividades del área,Apoyar a los pacientes en sus necesidades básicas,Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad,Realizar a cada paciente los procedimientos ordenados por el profesional tratante según competencia,Retroalimentar a la supervisión dificultades del proceso de atención,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,Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos,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 Nombre y firma del Supervisor		LINA MARIA OLIVEROS HERNANDEZ DIRECTORA DE SERVICIOS HOSPITALARIOS

VoBo Oficina

09 ENE 2024