

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

|                                                                                                                                                    |                              |                    |      |                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------|------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Quien solicita (colocar cargo y/o perfil del supervisor)</b><br>MIRELLA PEÑA ROJAS<br>JEFE OFICINA PARTICIPACIÓN SOCIAL Y ATENCIÓN AL CIUDADANO | <b>Fecha de la Solicitud</b> |                    |      | <b>Dependencia o sede:</b><br>PARTICIPACIÓN SOCIAL Y ATENCIÓN AL CIUDADANO           |
|                                                                                                                                                    | Día                          | Mes                | Año  |                                                                                      |
|                                                                                                                                                    | 26                           | 12                 | 2019 |                                                                                      |
| <b>Motivo de la solicitud (Marque con una X)</b>                                                                                                   |                              | <b>No CONTRATO</b> |      |                                                                                      |
| Adición y Prorroga <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                             | 3793-2019                    |                    |      | Formato documentos mínimos para celebrar contrato : Lista de Chequeo Persona Natural |
| Adición <input type="checkbox"/>                                                                                                                   |                              |                    |      |                                                                                      |
| Prorroga <input type="checkbox"/>                                                                                                                  |                              |                    |      |                                                                                      |
| Reinicio <input type="checkbox"/>                                                                                                                  |                              |                    |      |                                                                                      |

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

La Oficina de Participación social y Atención al ciudadano requiere garantizar el Apoyo como Trabajadora Social en el área asistencial en la Subred Integrada de servicios de salud Sur Occidente ESE En concordancia con las obligaciones y actividades pactadas.

**Descripción del servicio solicitado**  
 Prestar servicios profesionales como PROFESIONAL UNIVERSITARIO ASISTENCIAL de Participación Social de la Unidad de servicios de salud KENNEDY de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

AREA: ADMINISTRATIVO ☐ ASISTENCIAL ☒

**PERFIL** PROFESIONAL UNIVERSITARIO ASISTENCIAL- JOHANNA HERNANDEZ TELLEZ-C.C 52345499

**NUMERO DE PERSONAS REQUERIDAS:** 1

**EXPERIENCIA: (En años)** 1 AÑO EN PARTICIPACIÓN SOCIAL Y ATENCIÓN AL CIUDADANO

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

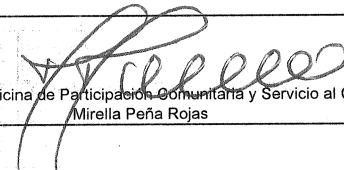
**RIESGOS DE LA CONTRATACIÓN:** Inhabilidad e incompatibilidades sobrevinientes. Demora en el inicio de la ejecución del contrato. Errores en la supervisión. No informar oportunamente al supervisor su designación. Riesgo relacionado al conocimiento, experiencia y destreza en el desempeño de sus actividades. 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.

| 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 | Observaciones |
|---------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------|---------------|
|                     |                                                  | MES                                                 | X                                     | 1                                                | \$3.075.510 |               |
|                     |                                                  | HORA                                                |                                       |                                                  | 0           |               |
|                     |                                                  | ACTIVIDAD                                           |                                       |                                                  | 0           |               |

**ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA**

1. Realizar revista diaria a pacientes hospitalizados identificando situación socio- económico que permita la intervención de los casos que lo ameriten.
2. Recibir y entregar turno de acuerdo al instructivo establecido institucionalmente.
3. Cumplir con las normas y procedimientos establecidos en los manuales y reglamentos de la institución.
4. Intervenir en las situaciones sociales y/o familiares que inciden en el proceso de salud- enfermedad de los pacientes y familias del área de influencia del hospital.
5. Intervenir los pacientes hospitalizados a nivel socio-familiar en caso de disfuncionalidad.
6. Realizar seguimiento de caso y gestión para los pacientes que presenten barreras de acceso de acuerdo a los lineamientos establecidos por la SDS.
7. Participar activamente en la ejecución del proyecto de humanización.
8. Informar y orientar a los usuarios respecto a Deberes y Derechos, portafolio de servicios del Hospital y procesos de participación comunitaria.
9. Realizar, ajustar y evaluar procesos y procedimientos de la oficina de participación social que permitan contribuir al proceso de prestación de servicios.
10. Ejecutar el procedimiento de manifestaciones de acuerdo a los lineamientos institucionales.
11. Contribuir con el equipo interdisciplinario en la identificación de factores de riesgo del ambiente socio- familiar.
12. Realizar los informes periódicos requeridos por la institución y hacer la entrega oportuna de los mismos.
13. Todas las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y sean afines al desarrollo del objeto del contrato.
14. Alimentar permanentemente los sistemas de información que están a su cargo y mantenerlos al día (SIDMA)
15. Realizar las evaluaciones trimestrales programadas por el hospital para medir la adherencia a los procesos de entrenamiento en el puesto de trabajo.
16. Todas las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y sean afines al desarrollo del Objeto del contrato.

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

|                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br>Referente de Servicio al Ciudadano<br>Gina Pola Torres Avila | <br>Firma Jefe de la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano<br>Mirella Peña Rojas |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|