ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SUR E.S.E
FORMATO NECESIDAD DE PERSONAL CPS

CO-OPS-FT-15-V1

FECHA	2020	06	24

1. INFORMACIÓN DE LA DEPENDENCIA SOLICITANTE

UNIDAD SOLICITANTE (ESPACIO FISICO)	DIRECCION TECNICA Y/O ADMINISTRATIVA	PROCESO	SERVICIO	SUPERVISOR CONTRACTUAL	NUMERO DE PERSONAS REQUERIDAS	PERFIL U OBJETO DEL SUPERVISOR CONTRACTUAL
TUNAL	HOSPITALIZACION	MISIONAL	HOSPITALIZACION	LUZ AMPARO SEGURA	32	REFERENTE DE ENFERMERIA

2. REQUISITOS DEL PERFIL PARA EL DESARROLLO DEL OBJETO CONTRACTUAL SOLICITADO

PERFIL GENERAL	PROFESIÓN U OFICIO	NIVEL EDUCATIVO	TIEMPO DE EXPERIENCIA
TECNICO LABORAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	TECNICO LABORAL	0-2 AÑOS

EXPERIENCIA ESPECÍFICA

3. VALOR CONTRATO

3.1 SOLICITUD POR HORA			3.2 VALOR FIJO MES	
VALOR HORA	NRO HORAS PROMEDIO MES	VALOR PROMEDIO MES	HORAS PROMEDIO MES	VALOR
8.720	186	1.621.920		

4. INFORMACIÓN SOBRE EL CONTRATO

OBJETO: PRESTACION DE SERVICIO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA

TIEMPO DE EJECUCION: HASTA EL 31 DE AGOSTO 2020

JUSTIFICACION: POR CONTINGENCIA DE COVID-19 DE MANERA URGENTE SE HACE NECESARIO EL FORTALECIMIENTO PARA UNA NUEVA AMPLIACION DE CAMAS UCI PARA MANEJO DE LA SUBRED SUR.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS: 1. Prestar servicios de apoyo en las áreas asistenciales de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, con el pleno cumplimiento de los estándares de calidad y oportunidad, seguros, eficientes y humanizados y cumplimiento de protocolos y guías de manejo de la Entidad, durante el tiempo de disponibilidad indicado en su propuesta.
2. Brindar asistencia en los procedimientos propios del servicio y apoyar al equipo médico en la realización de procedimientos especiales cuando sea requerido.
3. Informar oportunamente al médico tratante y familiares, el devenir de la atención brindada y cambios clínicos del paciente, conforme a los lineamientos del contratante.
4. Diligenciar clara, correcta y oportunamente la Historia Clínica y demás documentación del servicio cumpliendo con los parámetros exigidos en la normatividad legal vigente en el sistema de información de la Subred, igualmente velar por el adecuado diligenciamiento de documentos que realice las auxiliares cumpliendo con los parámetros exigidos en la normatividad legal vigente y lo expuesto en los manuales de Bioseguridad.
5. Brindar asistencia en los procedimientos propios del servicio y poyar al equipo médico en la realización de procedimientos especiales cuando sea requerido, verificar la correcta distribución de los insumos que les sean confiados para la atención de pacientes, incluyendo medicamentos, tapabocas y guantes.
6. Promover en los usuarios la generación de estilos, hábitos y conductas de vida saludable, mediante acciones de educación.
7. Velar por el correcto uso, mantenimiento y administración, de los equipos, medicamentos e insumos del servicio, que la Subred Sur le confíe para la ejecución de las actividades pactadas, informando oportunamente al supervisor del contrato, las novedades y observaciones que puedan afectarlos, Verificar la correcta distribución de los insumos que le sean confiados para la atención de pacientes y usuario incluyendo medicamentos e insumos medico quirúrgicos.

NOTA: Todos los campos son de obligatorio diligenciamiento, en caso contrario será devuelta la solicitud. Las firmas deben ser recogidas en el siguiente orden: Responsable del requerimiento, Profesional Especializado de Talento humano, Subgerente y Ordenador del gasto

5. APROBACION DE LA SOLICITUD

Luz Amparo Segura

FIRMA RESPONSABLE SUPERVISOR

Jefe de Oficina y/o Director Administrativo y/o Asistencial

FIRMA ORDENADOR DEL GASTO

El suscrito Director Operativo del área de talento humano certifica que en la planta de personal de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E, no cuenta con el personal suficiente y/o requerido para el desarrollo de las actividades y objeto señalados en la presente solicitud.

Firma Director Operativo de Talento Humano

6. ESPACIO EXCLUSIVO PARA EL ÁREA DE CONTRATACIÓN

CERTIFICACIÒN

			AÑO	MES	DÍA
RECIBIDO POR:					
PERFIL			2020	06	26

7. IDENTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD

[X] **NUEVO:**	1. PLAN DE ADQUISICIONES PENDIENTE POR CONTRATAR: SI [ ] NO [ ]	FORTALECIMIENTO APERTURA DE CAMAS UCI COVID-19 DE LA SUBRED SUR	
	2. CONVENIO:_____		
[ ] **EN LUGAR DE :**	**NOMBRE:** **CÉDULA:** **NÚMERO DE CONTRATO:**	VoBo Presupuesto (Presentacion novedad)	VoBo Contratación (Presentacion novedad)
[ ] **NOVEDAD POR SITUACIÓN ADMINISTRATIVA DE PERSONAL DE PLANTA:**			