#192

	FORMATO DE REQUERIMIENTO PRESTACION DE SERVICIOS PARA NUEVO CONTRATO	Versión:	1	
		Fecha de aprobación:	27/06/2017	
		Código:	04-02-FO-0011	

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE

Quien solicita (colocar cargo y /o perfil del requiriente)	**Fecha de la Solicitud**			**Dependencia o sede:** Servicio al Ciudadano y Particippción Social - Unidad de Servicios Pablo VI
Jefe Oficina de Atención al Usurio y Participación Social	**Dia**	**Mes**	**Año**	**Dirección a la que pertenece:** Dirección Corporativa
	17	Febrero	2020	

Contrato Nuevo (Marque con una X)	X	**Formato documentos mínimos para celebrar contrato : Lista de Chequeo Persona Natural**

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

El área de Atencion al Usuario y Participación Social, requiere, de un AUXILIAR DE ENFERMERIA para CONVENIO RUTA DE LA SALUD de la Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente PABLO VI, en concordancia con las obligaciones y actividades pactadas.

Descripciòn del servicio solicitado

Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como AUXILIAR DE ENFERMERIA para el desarrollo de actividades en Convenio Ruta de la Salud de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la Institución.

AREA	ADMINISTRATIVO		ASISTENCIAL	X

PERFIL	Auxiliar de Enfermeria

NUMERO DE PERSONAS REQUERIDAS:	1

HABILIDADES: Un (1) año de experiencia en actividades de auxiliar de enfermeria en cualquier servicio y/o área, ya sea ambulatorio, urgencias y hospitalización o atención al usuario. 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 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	Marque con una X según corresponda las condiciones del contrato		CANTIDAD (meses ,horas, actividades a contratar)	**Observaciones**
	MES			
	HORA	X	186	
	ACTIVIDAD			

ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

1. Realizar revisión cuidadosa de criterios para utilizar el servicio los usuarios (población, documentos, acompañante, sitio destino, entre otros)
2. Dar la bienvenida para el ingreso a la ruta, ubicar y acomodar a los usuarios y a sus acompañantes de acuerdo a la Unidad de destino y verificar que todos tengan las medidas de uridad pertinentes (cinturón, posición, anclajes) para iniciar el recorrido según programación.
3. Velar por el mantenimiento de la imagen institucional a través de sus actuaciones individuales y del porte adecuado del uniforme acordado y del carnet institucional, durante la ejecución de sus actividades.
4. Brindar un trato respetuoso y humanizado tanto al cliente interno como externo
5. Organizar y cumplir con los recorridos programados de la Ruta de la Salud según manual de procesos y procedimientos de la Ruta de la Salud.
6. Responder y confirmar telefónicamente el horario programado a los usuarios
7. Anunciarla llegada y partida de la Ruta de la Salud en todos los centros de atención donde acuda el vehículo, tanto a los colaboradores como las personas que se encuentran en cada punto.
8. Informar a la coordinación diariamente el número de personas y traslados, inasistencias, pacientes nuevos, tratamientos terminados y cualquier evento que se presente.
9. Establecer comunicación asertiva permanente con el auxiliar orientador que se encuentre en cada unidad para coordinar la llegada y recogida de los pacientes
10. Diligenciar de forma adecuada los formatos del programa, registrando de manera, legible, sin tachones ni enmendaduras los datos de los usuarios y acompañantes en las planillas respectivas y entregar oportunamente
11. Participar en todas las capacitaciones programadas, así como reuniones con la oficina de servicio al ciudadano, de equipo entre otras.
12. Realizar charlas de educación a los usuarios durante los traslados o en salas de espera de las unidades de servicios de salud de la Subred Suroccidente, sobre temas como derechos y deberes, lavado de manos, horarios de programación del servicio, características del programa, entre otros.
13. Informar inmediatamente sobre cualquier eventualidad que interfiera con el adecuado cumplimiento de los objetivos establecidos.
14. Mantener, responder y hacer uso racional del equipo de comunicación (celular), mantenerlo prendido y en disponibilidad cuando se requiera.
15. Mantener la confidencialidad de la información y datos suministrados por los usuarios que utilizan el servicio de la Ruta.
16. Entregar al supervisor dentro de los tres primeros días hábiles del mes el informe de traslados realizados y actividades ejecutadas en el mes inmediatamente anterior, en los formatos establecidos.
17. Informar al usuario objeto de traslado el día, la hora de la cita, el sitio de recogida, y las indicaciones para recibir el servicio, cerciorándose que el usuario entendió la información brindada.
18. Aplicar encuesta de satisfacción del servicio a los usuarios que se utilizan la ruta de la salud, previas indicaciones del supervisor.
19. Sensibilizar a la población beneficiaria de la Ruta Salud, sobre objetivos, modelo de operación, beneficios, accesibilidad, uso y contraindicaciones del servicio.
20. Colaborar y asistir a los pacientes sin red de apoyo.

Nombre y firma del Supervisor Mirella Peña Rojas		Vo.Bo. Subgerencia Corporativa Martha Yolima Pasachoa Moreno

20.02.2020