

|  |   |  |   |  |                               |                     |                               |
|--|---|--|---|--|-------------------------------|---------------------|-------------------------------|
| FECHA  |   | 02   |   | 04   |                               | 2023                |                               |
| <b>1. INFORMACIÓN DE LA DEPENDENCIA SOLICITANTE</b>  |   |  |   |  |                               |                     |                               |
| UNIDAD SOLICITANTE (ESPACIO FÍSICO)  |   |  | OFICINA Y/O DIRECCIÓN DE PROCESO                      |  | SERVICIO O ÁREA               |                     | NUMERO DE PERSONAS REQUERIDAS |
| HOSPITAL SANTA CLARA   |   |  | DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS                  |  | ATENCIÓN DOMICILIARIA         |                     | 1                             |
| <b>2. SUPERVISIÓN</b>  |   |  |   |  |                               |                     |                               |
| RESPONSABLE<br>(Jefe de oficina y/o director administrativo y/o asistencial en caso de supervisión plural o conjunta) o (Servidor designado en caso de supervisión única)  |   |  |   |  |                               |                     |                               |
| YANILPRAGAUTA GUTIERREZ<br>NOMBRE COMPLETO   |   |  |   | DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05<br>CARGO                  |                               |                     |                               |
| FUNCIONES SUPERVISOR:  |   |  |   |  |                               |                     |                               |
| Conforme lo establecido y según el manual de contratación de la entidad, las competencias y obligaciones del supervisor son las contempladas en el Capítulo 6, Manual de Contratación (Resolución 152 de 2019 y Artículo 12 Resolución No 53 de 2022)  |   |  |   |  |                               |                     |                               |
| <b>3. REQUISITOS DEL PERFIL PARA EL DESARROLLO DEL OBJETO CONTRACTUAL SOLICITADO</b>   |   |  |   |  |                               |                     |                               |
| CATEGORIA (SEGÚN TABLA DE HONORARIOS VIGENTE)  | NIVEL (SEGÚN TABLA DE HONORARIOS VIGENTE)         | REQUISITOS (SEGÚN TABLA DE HONORARIOS VIGENTE) | PROFESIÓN U OFICIO                                    | NIVEL EDUCATIVO  | NOMBRE Y/O NÚMERO DE CONVENIO |                     |                               |
| II   | 2   | TITP-24 ME                                     | AUXILIAR DE ENFERMERIA                                | TECNICO  | NO APLICA                     |                     |                               |
| EXPERIENCIA ESPECIFICA   |   |  | RIESGO ARL (revisar hoja de clasificación del riesgo) | EXPERIENCIA GENERAL MÍNIMA (SEGÚN TABLA DE HONORARIOS VIGENTE) |                               |                     |                               |
| NO APLICA  |   |  | III   | 24 MESES EXPERIENCIA   |                               |                     |                               |
| <b>4. VALOR HONORARIOS</b>   |   |  |   |  |                               |                     |                               |
| VALOR HORA   |   |  | No. HORAS PROMEDIO MES                                | HONORARIOS FIJOS   |                               |                     |                               |
|  |   |  |   | \$ 2 672 026   |                               |                     |                               |
| <b>5. INFORMACIÓN SOBRE EL CONTRATO</b>  |   |  |   |  |                               |                     |                               |
| OBJETO CONTRACTUAL:  |   |  |   |  |                               |                     |                               |
| PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.   |   |  |   |  |                               |                     |                               |
| DURACION:  |   |  |   |  |                               |                     |                               |
| DESDE EL PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO EN EL SECOPII HASTA EL 30 DE JUNIO 2025  |   |  |   |  |                               |                     |                               |
| JUSTIFICACION:   |   |  |   |  |                               |                     |                               |
| La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. constituye una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, cuyo régimen de contratación previsto desde el numeral 6 del artículo 195 de la Ley 100 de 1993 es el de Derecho Privado, y en ese sentido, cuenta con su propio Estatuto y Manual de Contratación, sobre el cual se fijan las reglas y procedimientos en esta materia. Ahora bien y en la gestión integral de la prestación de sus servicios en salud, articula los sistemas de gestión administrativa que garantizan la prestación de servicios de salud con calidad, oportunidad, eficiencia y acorde con las necesidades de los usuarios, de tal forma que se han estudiado las necesidades a satisfacer por el tiempo estrictamente indispensable en la Dirección de servicios hospitalarios para el desarrollo de actividades Asistenciales, iniciando con la verificación de personal de planta, el cual no es suficiente conforme a certificación expedida por el responsable de la Dirección de Talento Humano de la Entidad y las reglas establecidas para este tipo de contratos, prevista en el Manual de Contratación vigente.   |   |  |   |  |                               |                     |                               |
| OBLIGACIONES ESPECIFICAS:  |   |  |   |  |                               |                     |                               |
| 1. Realizar sensibilización a pacientes sobre derechos y deberes. 2. Realizar visitas domiciliarias para la ejecución del plan de tratamiento designado por el médico del PHD (programa de hospitalización domiciliaria). 3. Garantizar que la moto cuente con maletero o alforjas para el transporte de los insumos requeridos para el programa de hospitalización domiciliaria. 4. El contratista deberá manifestar mediante escrito la propiedad del vehículo (moto) y/o la autorización del propietario para desarrollar las obligaciones contraídas en el transporte de las auxiliares de enfermería del programa de hospitalización domiciliaria. 5. Deberá disponer de los documentos completos en regla (certificado médico para conducir, licencia, documentos de propiedad de la moto, certificado de gases, SOAT, LIC) 6. Deberá contar con los implementos de seguridad y protección como casco y chaleco reflectivo, rodilleras y canilleras, de acuerdo a la norma. 7. El contratista es responsable del mantenimiento de la moto y el combustible de la misma. 8. Cumplir con las normas de seguridad, según los parámetros establecidos en materia de tránsito y transporte en el país, teniendo en cuenta las normas de manejo preventivo. 9. Participar en los procesos de fortalecimiento de competencias a través de los cursos y capacitaciones virtuales y presenciales establecidos por la subred integrada de servicios de salud centro oriente E.S.E. 10. Garantizar la reserva y confidencialidad de datos e información de los diferentes aplicativos institucionales. 11. Cumplir con las obligaciones de acuerdo con la demanda y tiempos requeridos según las necesidades del servicio en los centros de salud y hospitales que conforman la subred integrada de servicios de salud centro oriente E.S.E. 12. Portar visiblemente los elementos institucionales y adecuada presentación personal dando cumplimiento a los manuales y procedimientos de la oficina y de la subred integrada de servicios de salud centro oriente E.S.E. 13. Demás obligaciones que sean asignadas en la realización del objeto contractual e indicadas por el supervisor de acuerdo a las necesidades de los servicios en las diferentes unidades de la subred. |   |  |   |  |                               |                     |                               |
| <b>6. APROBACIÓN DE LA SOLICITUD</b>   |   |  |   |  |                               |                     |                               |
| 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, Jefe de Oficina y/o Director Administrativo y/o Asistencial, Gerente, Subgerente y/o Ordenador del gasto.   |   |  |   |  |                               |                     |                               |
|  |   |  |   | FIRMA ORDENADOR DEL GASTO                                      |                               |                     |                               |
| La Dirección Operativa de Gestión de Talento Humano por medio del Formato Certificación de Insuficiencia y Existencia de Personal en Planta AP-TII-FT-123, valida que la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. no cuenta con el personal suficiente y/o perfil requerido para el desarrollo de las actividades y objeto señalados en la presente solicitud.   |   |  |   |  |                               |                     |                               |
| Volvo Selección  |   | Volvo Emite                                    |   | Volvo Contratación   |                               |                     |                               |
| <b>7. IDENTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD</b>   |   |  |   |  |                               |                     |                               |
| <input checked="" type="checkbox"/> NUEVO:   | L. PLAN DE ADQUISICIONES PENDIENTE POR CONTRATAR: | SI <input type="checkbox"/>                    | NO <input type="checkbox"/>                           | <input type="checkbox"/> REEMPLAZA A:                          | NOMBRE:                       | NÚMERO DE CONTRATO: | CEDULA:                       |
|  |   |  |   | Volvo Presupuesto:   |                               |                     |                               |
| <input type="checkbox"/> NOVEDAD POR SITUACIÓN ADMINISTRATIVA DE PERSONAL DE PLANTA:   |   |  |   |  |                               |                     |                               |