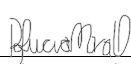


	JUSTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD Y ESTUDIO PREVIO PARA LA CONTRATACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN	Versión: 7 Fecha de aprobación: 28/10/2025 Código: 04-02-FO-0011			
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE					
DATOS DE SOLICITUD					
Dependencia solicitante	Fecha de la Solicitud			Tipo de requerimiento	ASISTENCIAL
	Dia	Mes	Año		
DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	5	11	2025	Sede:	HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY
				Servicio específico:	PROGRAMACION DE CIRUGIA
MODALIDAD DE CONTRATACIÓN: CONTRATACIÓN DIRECTA - CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN					
JUSTIFICACIÓN O NECESIDAD DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO REQUERIDO					
	Justificación:	En concordancia con el objetivo institucional de la Dirección Hospitalaria, que consiste en "Prestar una atención integral a los usuarios que acuden a los servicios de hospitalización de la Subred Suroccidente, mediante la atención integral con criterios de oportunidad, accesibilidad, pertinencia y seguridad, en el marco de una atención humanizada con información clara, educación sobre su estado de salud y una óptima utilización de recursos, que contribuya al restablecimiento de su salud o definición de conducta de acuerdo a las necesidades y expectativas de salud identificadas, minimizando al máximo los riesgos en la prestación del servicio, y conforme a lo estipulado en la Resolución 749 de 2025 – Manual de Contratación", se hace necesaria la contratación de un perfil que cubra la necesidad y de continuidad a las actividades de la Dirección Hospitalaria, para asegurar la prestación de servicios de salud en la Subred Sur Occidente. El perfil en cuestión está directamente relacionado con la atención a pacientes. Por lo anterior, se solicita la contratación para garantizar la continuidad, eficiencia y legalidad en la gestión de la Dirección Hospitalaria, asegurando el apoyo interdisciplinario y tecnico, necesario para el cumplimiento de los objetivos misionales de la Subred.			
	Nombre OPS a contratar	TAPIERO CULMA THALIA BRILLYD		CEDULA	1001274257
	Numero de OPS a reemplazar:	Motivo	Terminación	Otro ☐	Cual:
	Nombre completo	Numero de documento			
DESCRIPCIÓN DEL PERFIL A CONTRATAR					
Perfil	Auxiliar de Enfermería		Formación académica requerida		AUXILIAR DE ENFERMERIA
Requiere experiencia	☒	Descripción de la experiencia requerida			
Habilidades o conocimientos específicos	CUMPLIMIENTO DE PROCESOS ASISTENCIALES SEGÚN MANUALES DE PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS PARA CUBRIR LA DEMANDA GENERADA PARA LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS ESPECIALES, SOLICITADOS POR LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y DE URGENCIAS.				
Número de personas requeridas	1		Requiere cursos de habilitación ☐		
FUENTE DE FINANCIACIÓN					
Honorarios ☐	Remuneración Servicios Técnicos ☐		Honorarios Asistencial General ☒		Asistencial PIC ☐
Recursos Propios: SI ☒ NO ☐ Vigencias futuras: SI ☐ NO ☒					
Convenio: SI ☐ NO ☒ No. Convenio: Suscrito con:					
PROYECCIÓN		MES	Número de horas mensuales:		
Marque la casilla correspondiente según las condiciones del contrato en lo relacionado a honorarios para proyección del valor a contratar		HORA	186		
ACTIVIDAD O PROCEDIMIENTO		No. de comité de contratación donde se dio aprobación de las actividades y/o procedimientos			
DESCRIPCIÓN CONTRACTUAL					
OBJETO DEL CONTRATO					
Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Enfermería, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional					
PLAZO Y LUGAR DE EJECUCIÓN					
S/A					
ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA					
1.Atención de ventanilla de programación de cirugía, informando a pacientes ambulatorios diariamente: fecha y Hora de llegada de la intervención quirúrgica,2.Registrar pacientes en lista de espera, en el momento en el cual no se tenga disponibilidad para el procedimiento quirúrgico que requiera el paciente, en los horarios de atención en la ventanilla de programación,3.Programación de cirugía de las unidades: Kennedy, Fontibón y bosa, de acuerdo a la agenda disponible, Atraves de llamado por vía telefónica,4.Elaborar la programación de cirugía de la uss Kennedy para distribuir a las áreas correspondientes,5.Se programan pacientes hospitalizados en uss Kennedy, de acuerdo a las agendas y cupos disponibles,6.Se programan pacientes hospitalizados en uss Fontibón, de acuerdo a las agendas y cupos disponibles,7.Confirmar vía telefónica de cada uno de los pacientes que van a ser intervenidos un día antes,8.Organizar lista de espera de acuerdo a los pacientes programados, ya realizados, pendientes,9.Seguimiento a la lista de espera, depurar de acuerdo a la habilitación de agenda,10.Seguimiento a la lista de espera,11.Realizar requerimientos de solicitud de material de osteosíntesis. Teniendo en cuenta las ordenes de cirugía,12. Asignación de citas de anestesia,13.Se programan citas pos operatorios de los pacientes operados por el especialista Dr. Oscar Zabala (oftalmólogo),14. Enviar por vía email planilla de programación de cirugía,15) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente,16) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.					
ACTIVIDADES O PROCEDIMIENTOS			VALOR UNITARIO		
1.			S		
2.			S		
3.			S		
4.			S		
5.			S		
PRODUCTOS					
LOS PRODUCTOS DEBERÁN SER DE CONFORMIDAD CON LA COORDINACIÓN DE ACTIVIDADES ENTRE EL SUPERVISOR Y EL CONTRATISTA.					
VALOR ESTIMADO					
OPCIÓN 1. VALOR DE CONFORMIDAD CON LA TABLA DE HONORARIOS VIGENTE. EL ORDENADOR DEL GASTO GARANTIZA QUE ESTE PROCESO CUENTA CON RECURSOS DISPONIBLES PARA SU CONTRATACIÓN (Aplicable a contratación por hora / mes según tabla de honorarios)					
OPCIÓN 2. EL VALOR TOTAL DEL CONTRATO SE DETERMINARÁ DE ACUERDO CON LOS RECURSOS DISPONIBLES. (aplicable a contratación por actividad o procedimiento)					
GARANTÍAS (SI APLICA)					
S/A					
SUPERVISIÓN DEL CONTRATO					
NOMBRE Y CARGO DE QUIEN EJERCERÁ LA SUPERVISIÓN			NOMBRE Y PERFIL DEL APOYO A LA SUPERVISIÓN (SI APLICA)		
1. Nombre: MORENO POVEDAD JESSICA NATALIA			1. Nombre:		
2. Identificación:			2. Identificación:		
3. Cargo: REFERENTE TÉCNICO			3. Perfil:		
					
Firma de Director o Jefe de Oficina			Firma Subgerente Correspondiente		
Nombre de Director o Jefe de Oficina ALEXADRA PORRAS RAMIREZ			Nombre Subgerente Correspondiente BERTHA LUCIA MORA QUIÑONES		
RIESGOS DE LA CONTRATACIÓN: 1) Inhabilidades e incompatibilidades sobrevinientes. 2) Demora en el inicio de la ejecución del contrato; 3) Errores en la supervisión; 4) Riesgo relacionado al cumplimiento de sus actividades; 4) Riesgo por no asistencia a las actividades programadas; 5) Riesgo en la planeación de las actividades por realizar; 6) Riesgo por no cumplimiento de normas y políticas institucionales, entre las que se encuentran misión, visión, planes de acción, objetivos, metas e indicadores; 7) Riesgo de no cumplimiento de los parámetros de calidad establecidos por el supervisor para las actividades asignadas; 8) No entrega de soportes, registros de las actividades de acuerdo con los procedimientos y requerimientos de la Entidad					
Fecha en la que se recepciona el requerimiento por parte de la Subgerencia correspondiente: _____			Fecha en la que se recepciona el requerimiento por parte de la Dirección de Talento Humano: _____		