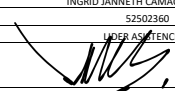
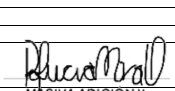


	JUSTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD Y ESTUDIO PREVIO PARA LA CONTRATACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN		Versión: 7 Fecha de aprobación: 28/10/2025 Código: 04-02-FO-0011	
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE			
	DATOS DE SOLICITUD			
Dependencia solicitante DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS	Fecha de la Solicitud Día: 25 Mes: 11 Año: 2025		Tipo de requerimiento ASISTENCIAL	Sede: CENTRO DE SALUD PATIOS Servicio específico: CONSULTA EXTERNA
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				
☒ Nuevo ☐ Prolongación ☐ Ampliación OPS ☐ Cambio de vigencia	Justificación: La Dirección de Servicios Ambulatorios (CONSULTA EXTERNA) requiere la contratación de un Endodoncista para la realización de actividades en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. para la realización de actividades en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente		CEDULA 1012325917	Fecha de retiro:
Nombre OPS a contratar ENCISO GUZMAN ADRIANA MARCELA	Numero de OPS a reemplazar:		Motivo:	Otro: ☐ Cual:
Nombre completo	Numero de documento			
DESCRIPCIÓN DEL PERFIL A CONTRATAR				
Perfil Requiere experiencia ☒	Odontólogo especialista en Endodoncia- Odontopediatra- Ortodoncista-Periodoncista-Cirugía Oral- Otras especialidades clínicas de Odontología.		Formación académica requerida	ODONTOLOGO ESPECIALISTA EN ENDODONCISTA
Habilidades o conocimientos específicos	Trabajo en equipo, Compromiso, Respeto , Vocación de Servicio , Disciplina			
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 Marque la casilla correspondiente según las condiciones del contrato en lo relacionado a honorarios para proyección del valor a contratar				
MES HORA		Número de horas mensuales: 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 Profesionales especializados a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Salud Oral 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 Bogotá D.C.				
ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA 1. Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad. 2. Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes. 3. Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación. 4. Participar en la programación de actividades del área. 5. Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. 6. Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. 7. Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente. 8. Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. 9. Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento. 10. Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación. 11. Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención. 12. Emitir conceptos médicos que se le requieran. 13. Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. 14. Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato. 15. Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. 16. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. 17. Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. 18. Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente en cuenta de cobro. 19. En caso de presentarse un caso fortuito o de fuerza mayor que impida asistir a la consulta, informar al supervisor del contrato. 20. Uso adecuado de la bata y carnet según lineamiento Institucional, incluye el cumplimiento de la estrategia "Quítate la bata" en el contexto de seguridad del paciente. 21. Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.				
ACTIVIDADES O PROCEDIMIENTOS		VALOR UNITARIO		
1.		\$		
2.		\$		
3.		\$		
4.		\$		
5.		\$		
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) NO APLICA				
SUPERVISIÓN DEL CONTRATO				
NOMBRE Y CARGO DE QUIEN EJERCERÁ LA SUPERVISIÓN		NOMBRE Y PERFIL DEL APOYO A LA SUPERVISIÓN (SI APLICA)		
1. Nombre: INGRID JANNETH CAMACHO CACAIS		1. Nombre:		
2. Identificación: 52502360		2. Identificación:		
3. Cargo: Jefe de Asistencia		3. Perfil:		
Firma de Director o Jefe de Oficina 		Firma de Asistente o Apoyante 		
Nombre de Director o Jefe de Oficina DAVID EDUARDO PEÑUELA JIMENEZ		Nombre Subgerente Correspondiente LUCÍA 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; 5) Riesgo por no asistencia a las actividades programadas; 6) Riesgo en la planeación de las actividades por realizar; 7) Riesgo por no cumplimiento de normas y políticas institucionales, entre las que se encuentran misión, visión, planes de acción, objetivos, metas e indicadores; 8) Riesgo de no cumplimiento de los parámetros de calidad establecidos por el supervisor para las actividades asignadas; 9) 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:		