	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

	Fecha de la Solicitud			Tipo de requerimiento	ASISTENCIAL
	Día	Mes	Año	Sede:	CENTRO DE SALUD ZONA FRANCA
DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS	25	11	2025	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	**Justificación:**	La Dirección de Servicios ambulatorios (CONSULTA EXTERNA) requiere la contratación de un ODONTOLOGO ESPECIALISTA PERIODONCIA para la realización de actividades en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.					
● Antiguo	**Nombre OPS a contratar**	RUIZ HERNANDEZ LAURA YANETH		**CEDULA**	1065831945		
○ Remplazo OPS	**Numero de OPS a reemplazar:**		**Motivo**		**Otro** ☐	**Cual:**	**Fecha de retiro:**
○ Cambio de vigencia.	**Nombre completo**	_____		**Numero de documento**	_____		

DESCRIPCIÓN DEL PERFIL A CONTRATAR

Perfil	**Odontólogo especialista en Endodoncia- Odontopediatra-Ortodoncista-Periodoncista-Cirugía Oral- Otras especialidades clinicas de Odontología.**	**Formación académica requerida**	Profesional en Odontología especialista en Periodoncia
Requiere experiencia	☑ SI ☐ NO	**Descripción de la experiencia requerida**	**Experiencia en Periodoncia**
Habilidades o conocimientos específicos	**TRABAJO EN EQUIPO, COMPROMISO, RESPONSABILIDAD, MANEJO DE HERRAMIENTAS OFIMATICAS, DILIGENCIA, APOYO AL CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS**		
Número de personas requeridas	**1**	**Requiere cursos de habilitación**	☑ SI ☐ NO

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:**	150	
	ACTIVIDAD O PROCEDIMIENTO		**No. De comité de contratación donde se dio aprobación de los actividades y/o porcedimientos**		

DESCRIPCIÓN CONTRACTUAL

OBJETO DEL CONTRATO

Prestar servicios Profesionales especializados a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de Salud Oral dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUDSUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional

PLAZO Y LUGAR DE EJECUCIÓN

BOGOTA D. C

ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

.Atender consulta especializada programada y de urgencias de endodoncia.2.Realizar la valoración y examen de endodoncia y registrar en la historia clínica el diagnóstico, plan de tratamiento y evolución de cada sesión.3.Diligenciar de manera completa, legible y oportuna la historia clínica dando cumplimiento a la resolución 1995 de 1.999.4.Solicitar exámenes paraclínicos en caso necesario y cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la institución.5.Realizar planes de mejora individual de las auditorias que no alcancen el estándar óptimo.6.Realizar reportes de sucesos de seguridad, posibles eventos adverso identificados en su actividad diaria .7.Realizar la referencia y contrarreferencia para continuar tratamiento cuando sea necesario, dentro de la estrategia de redes de servicios de salud y de acuerdo con las normas que la regulan.8.Realizar el informe de gestión mensual y hacer entrega oportuna de los mismos a la respectiva área.9.Apoyar los procesos de facturación de los servicios que preste y responder por las glosas generadas por errores en los procedimientos establecidos.10.Revision de agendas de citas de su programación con el fin de informar al supervisor cualquier novedad que afecte la producción 11.Alimentar permanentemente los sistemas de información que están a su cargo y mantenerlos al día.12.Se debe anexar mensualmente a la cuenta de cobro un informe de actividades que realizan durante el mes que incluyan: interconsultas, pacientes atendidos, consultas urgencias, evoluciones - notas, según el área donde presten el servicio.13.Uso adecuado del bata y carne según lineamiento institucional. Incluye el cumplimiento de la estrategia "" quítate la bata"" en el contexto de seguridad del paciente.14.Asumir el 100% de la glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y o acciones de calidad, oportunidad o de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista.15.Adherirse al 100% de los estandares de acreditación así como participar en las diferentes actividades programas. 16.En caso de presentarse un caso fortuito o de fuerza mayor que impida asistir a la consulta informar al supervisor del contrato.17.Participar activamente en las capacitaciones a las que sea asignado 18.Cumplir con el estándar de rendimiento óptimo de su servicio realizando estrategias como reemplazo de inasistencias 19. Todas las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y sean afines al desarrollo del 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

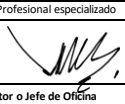
OPCIÓN 1. VALOR DE CONFORMIDAD CON LA TABLA DE HONORARIOS VIGENTE. EL ORDENADOR DEL GASTO GARANTIZA QUE ESTE PROCESO CUENTA CON RECURSOS DISPONIBLES PARA SU CONTRATACIÓN (Aplicable a contratación por hoira / mes según tabla de honorarios)
OPCIÓN 2. EL VALOR TOTAL DEL CONTRATO SE DETEMINARÁ DE ACUERDO CON LOS RECURSOS DISPONIBLES. (aplicable a contratación por actividad o procedimiento)

GARANTÍAS (SI APLICA)

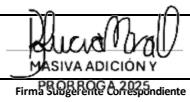
NO APLICA

SUPERVISIÓN DEL CONTRATO

NOMBRE Y CARGO DE QUIEN EJERCERÁ LA SUPERVISIÓN		NOMBRE Y PERFIL DEL APOYO A LA SUPERVISIÓN (SI APLICA)	
1. Nombre:	Liliana Castiblanco Mosos	1. Nombre:	
2. Identificación:	52,619,353	2. Identificación:	
3. Cargo:	Profesional especializado	3. Perfil:	



Firma de Director o Jefe de Oficina



Firma Subgerente Correspondiente

Nombre de Director o Jefe de Oficina	David Eduardo Peñuela Jimenez	Nombre Subgerente Correspondiente	Bertha Lucia Mora Quiñonez

RIESGOS DE LA CONTRATACIÓN: 1) Inhabilidades e incompatibilidades sobrevinientes. 2) Demora en el inicio de la ejecución del contrato; 2) Errores en la supervisión; 3) 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:_____