	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
	Día	Mes	Año		
DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS	28	4	2026	Sede:	HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY
				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:**	Prestar una atención integral a los usuarios que acuden a los servicios de hospitalización, urgencias y consulta externa 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 optima 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; por lo anterior la dependencia de OTORRINOLARINGOLOGIA requiere los Servicios de un MEDICO ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA para poder prestar servicios con calidad y eficiencia a los pacientes de Hospitalizacion, urgencias y consulta externa					
○Antiguo	**Nombre OPS a contratar**			**CEDULA**			
○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	**Especialista en Otorrinolaringología**	**Formación académica requerida**	MEDICO ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA
Requiere experiencia	☑SI ☐NO	**Descripción de la experiencia requerida**	**1 AÑO**
Habilidades o conocimientos específicos	**CUMPLIMIENTO DE PROCESOS ASISTENCIALES SEGÚN MANUALES DE PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS PARA CUBRIR LA DEMANDA GENERADA PARA LA REALIZACION DE PROCEDIMIENTOS ESPECIALES, SOLICITADOS POR LOS SERVICIOS HOSPITALIZACIÓN, URGENCIAS Y CONSULTA EXTERNA**		
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:**			
	ACTIVIDAD O PROCEDIMIENTO	X		**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 OTORRINOLARINGOLOGIA 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

BOGOTA

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 convoca Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, 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) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales. 19) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred. 20) Participación en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios. 21) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente 22) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.

ACTIVIDADES O PROCEDIMIENTOS	VALOR UNITARIO
1. NASOLARINGOSCOPIA	$ 548.408
2 NASOSINUSCOPIA	$ 548.408
3 CONTROL DE EPISTAXIS, POR LIGADURA DE ARTERIAS ETMOIDALES VIA ENDOSCOPICA	$ 548.408
4 SOMNOSCOPIA	$ 548.408
5 EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO, CON INCISION	$ 187.527
6 TIMPANOTOMIA EXPLORATORIA	$ 187.527
7 TURBINOPLASTIA VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA	$ 548.408
8 AMIGDALECTOMIA VIA ABIERTA	$ 187.527
9 ADENOIDECTOMIA VIA ENDOSCOPICA	$ 187.527
10 ETMOIDECTOMIA ANTERIOR Y POSTERIOR VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA	$ 1.335.817
11 ETMOIDECTOMIA ANTERIOR VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA	$ 1.335.817
12 RESECCION ENDOSCOPICA DE LESION EN LARINGE	$ 548.408
13 CORDECTOMIA PARCIAL VIA ENDOSCOPICA	$ 1.031.060
14 RINOPLASTIA VIA TRANSNASAL	$ 1.031.060
15 INCISION Y DRENAJE INTRAORAL EN CAVIDAD BUCAL	$ 187.527
16 MICROENDOSCOPIA LARINGEA	$ 187.527
17 MICROENDOSCOPIA LARINGEA	$ 187.527
18 GLOSOPLASTIA CON INJERTO	$ 1.031.060
19 PROFUNDIZACION DE PISO DE BOCA	$ 548.408
20 CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA	$ 80.000

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)
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:	DAVID EDUARDO PEÑUELA JIMENEZ	1. Nombre:	
2. Identificación:	1018420569	2. Identificación:	
3. Cargo:	Director de Servicios Ambulatorios	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:_____