

 REQUERIMIENTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA ADICIÓN Y/O PRORROGA	Versión:	1	
	Fecha de aprobación:	24/02/2017	
	Código:	04-02-FO-0005	

Quien solicita (colocar cargo y la perfil del supervisor) ANA TULIA RINCÓN SALCEDO - Referente enfermería	Fecha de la Solicitud			Dependencia o sede: UMHES DE KENNEDY
	Día	Mes	Año	
	3	3	2020	
Motivo de la solicitud (Marque con una X)		No CONTRATO		
Adición y Prorroga Adición ☒ Prorroga ☐ Reinicio ☐	1272-2020		Formato documentos mínimos para celebrar contrato : Lista de Chequeo Persona Natural	

JUSTIFICACIÓN O NECESIDAD DE LA PRESTACION DE SERVICIO REQUERIDO
(Prevía verificación presupuestal)

El área de enfermería requiere garantizar el Apoyo en Hospitalización en la Subred Integrada de servicios de salud Sur Occidente ESE En concordancia con las obligaciones y actividades pactadas.

Descripción del servicio solicitado

CAMILERO

AREA: ADMINISTRATIVO ☐ ASISTENCIAL ☒

PERFIL CAMILLERO - MARIN BUSTOS JOSE EDGAR CC. 19,477,104

NUMERO DE PERSONAS REQUERIDAS: 1

EXPERIENCIA: UN AÑO EN: AUXILIAR DE TRANSPORTE

HABILIDADES: Liderazgo - compromiso Institucional -Generador de confianza . Destreza en el desarrollo de sus actividades - Capacidad en :La comunicación, Toma de decisiones y en mantener magnificas relaciones Interpersonales.

RIESGOS DE LA CONTRATACIÓN: Inhabilidad e incompatibilidades sobrevinientes. Demora en el inicio de la ejecución del contrato. Errores en la supervisión. No informar oportunamente al supervisor su designación. Riesgo relacionado al conocimiento, experiencia y destreza en el desempeño de sus actividades. Riesgo por no asistencia a las actividades programadas. Riesgo relacionado con las conductas que miran la intencionalidad del individuo y su actividad valorativa y ética ante las actividades y los usuarios. Riesgo en la planeación de las actividades por realizar. Riesgo por no cumplimiento de normas y políticas institucionales, entre las que se encuentran misión, visión, planes de acción, objetivos, metas e indicadores. Riesgo de no cumplimiento de los parámetros de calidad establecidos por el supervisor para las actividades asignadas. No entrega de soportes , registros de las actividades de acuerdo con los procedimientos y requerimientos de la entidad

TIEMPO DE EJECUCION 15 DIAS	MONTO TOTAL (valor no debe registrarse en lápiz)	Marque con una X según corresponda tipo de contrato	VALOR UNITARIO (mes, hora, actividad)	CANTIDAD (meses, horas, actividades a contratar)	VALOR TOTAL	Observaciones: 90 HORAS por necesidades de los servicios de hospitalización. (cubrir vacaciones)
		MES			0	
		HORA	\$ 7,405	90	666450	
		ACTIVIDAD			0	

ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

Apoyar al profesional del servicio en las actividades del área, Apoyar a los pacientes en sus necesidades básicas, Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. Realizar a cada paciente los procedimientos ordenados por el profesional tratante según competencia. Retroalimentar a la supervisión dificultades del proceso de atención. Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred. Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente. Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.

CONSTANCIA DE NO EXISTENCIA DE PERSONAL EN PLANTA

 ANA TULIA RINCÓN SALCEDO Nombre y firma del Supervisor	 DANIEL BLANCO SANTAMARIA Directora de Servicios Hospitalarios
--	---

11 MAR. 2020