


 E.S.E. HOSPITAL SALAZAR DE VILLETA La Calidad en Compromiso, Su Salud Nuestra Razón de Ser		 REGIÓN DE SALUD NOROCCIDENTE		 CUNDINAMARCA REGION Que Progresa		 GOBIERNO DE CUNDINAMARCA	
TIPO DE DOCUMENTO:		ÁREA O PROCESO QUE LO GENERA:		DOCUMENTO	PAGINA		
FORMATO		GESTION DE CALIDAD		CONTROLADO	1 DE 1		
NOMBRE		CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA APROBACIÓN	FECHA DE VIGENCIA		
SOLICITUD DE NECESIDAD		GAD-CT-FO-155	2		2 AÑOS		





SOLICITUD DE NECESIDADES	
Marque con X la Opción	
Proceso que Solicita: Salud publica	Suministros
	Otros Servicios
	Servicios Profesionales
	Servicios Técnicos x
Marque con X la Opción	
Tiempo sugerido para cumplir con la necesidad	Inmediato
	De 0 a 8 días
	De 9 a 15 días
	De 16 a 30 días
	Otro HASTA EL 29 DE JULIO DE 2026

1. JUSTIFICACIÓN LEGAL Y TECNICA

La E.S.E. Hospital Salazar de Villeta es una entidad prestadora de servicios de salud, en el Municipio de Villeta y aledaños, teniendo en cuenta que, las intervenciones colectivas formuladas por el municipio de Quebradanegra corresponden a los contenidos del plan territorial de salud vigente, por lo tanto, el plan de acción en salud – PAS y el componente operativo anual de inversiones en línea con las metas y objetivos allí establecidos, deben garantizar la planeación de actividades colectivas con enfoque territorial, y enfoque de salud familiar, teniendo en cuenta el ASIS del año 2025, las políticas, planes. Programas y estrategias nacionales vigentes, los lineamientos u orientaciones técnicas y metodológicas impartidas por este Ministerio, de modo que se apunte a la eficiente ejecución técnica y financiera de los recursos, así como al logro de resultados e impacto positivo de la salud.

Para la alcaldía municipal de Quebradanegra es de vital importancia contratar con la ESE Hospital Salazar de Villeta para la ejecución integral de las actividades que se enmarcan dentro de los proyectos de Salud pública y que buscan que las personas, grupos y colectivos participen y logren crear hábitos que le permitan alcanzar el equilibrio y la armonía en el área de salud y logren mejorar sus condiciones de vida a partir de la participación e integración activa de la comunidad.

Por lo anterior, se celebró el contrato interadministrativo N° CD CONT INT 001 de 2026 con fecha de acta de inicio del 28 de enero de 2026 y con el fin de extender el tiempo de cobertura realizo una adición y prórroga del contrato interadministrativo, para dar cumplimiento a las actividades contempladas en el

 E.S.E. HOSPITAL SALAZAR DE VILLETA <small>La Calidad un Compromiso, Su Salud Nuestra Razón de Ser</small>		 NOROCCIDENTE		 CUNDINAMARCA <small>Que Progresamos</small>		 <small>República del Ecuador</small>	
TIPO DE DOCUMENTO:		ÁREA O PROCESO QUE LO GENERA:		DOCUMENTO	PAGINA		
FORMATO		GESTION DE CALIDAD		CONTROLADO	1 DE 2		
NOMBRE		CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA APROBACIÓN	FECHA DE VIGENCIA		
SOLICITUD DE NECESIDAD		GAD-CT-FO-155	2		2 AÑOS		

contrato interadministrativo se requiere personal técnico en auxiliar de enfermería "Apoyo a la gestión como técnico en auxiliar de enfermería para la ejecución del contrato interadministrativo N° CD CONT INT 001 DE 2026 en el municipio de Quebradanegra" hasta el 29 de julio de 2026.

Que teniendo en cuenta el numeral 3 del artículo 32 de la Ley 80 y el artículo 1 del Decreto 2209 de 1998, hace constar que no existe personal suficiente o disponible para prestar los servicios profesionales a la gestión asistencial.





Que para el cumplimiento de los objetivos de la ESE, debe contratar con los diferentes servicios y suministros que permitan la continuidad de la atención que tienen como fin único la prestación de los servicios integrales en salud con eficiencia y calidad del servicio, de tal manera que se cumplan además con los estándares de habilitación requeridos.

Para cumplimiento al objeto del convenio interadministrativo N° CD CONT INT 001 DE 2026 el cual es la prestación de servicio para la ejecución de intervenciones colectivas- PIC para la promoción de la salud y la gestión del riesgo en el municipio de Quebradanegra Cundinamarca.





La técnica en auxiliar de enfermería debe ejecutar las siguientes actividades:

Específicas





DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	SOPORTE
Realizar la valoración integral en el entorno hogar a menores de 0 a 11 años, 11 meses y 29 días registrados en el municipio, mediante la aplicación de la ficha de Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) comunitaria. Esta actividad incluye la identificación de riesgos, la canalización a los servicios de salud correspondientes, la educación en prácticas saludables y el seguimiento a los casos y alertas generadas por la ficha AIEPI, garantizando la atención al 100% de los niños visitados. Asimismo, cada GEBI deberá realizar la caracterización AIEPI a demanda de manera mensual, de acuerdo con las necesidades identificadas en el territorio.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formato de Caracterización Ficha AIEPI. 2. Informe mensual con el numero de fichas realizadas con las observaciones pertinentes 3. Registro Fotografico. 4. Formato de canalización, con su respectivo seguimiento de cada GEBI
Realizar la caracterización mensual en el entorno hogar a los trabajadores informales pertenecientes a las familias visitadas en el territorio, identificando condiciones laborales, factores de riesgo y necesidades en salud. Cada GEBI deberá caracterizar mínimo 10 trabajadores informales al mes, de acuerdo con la demanda y priorización territorial.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formato de Caracterización. 2. Informe mensual con el numero de fichas realizadas con las observaciones pertinentes.
Realizar la caracterización mensual en el entorno comunitario y domiciliario de la población vulnerable del municipio, incluyendo (habitantes de calle, adultos mayores en estado de abandono,	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formato de Caracterización. 2. Informe mensual de actividades 3. Formato de IEC/Planilla Asistencia

 E.S.E. HOSPITAL SALAZAR DE VILLET A <small>La Calidad un Compromiso, Su Salud Nuestra Razón de Ser</small>		 REGION DE SALUD NOROCCIDENTE		 CUNDINAMARCA REGION Que Progresa!		 <small>GOBIERNO DE CUNDINAMARCA</small>	
TIPO DE DOCUMENTO:		ÁREA O PROCESO QUE LO GENERA:		DOCUMENTO	PAGINA		
FORMATO		GESTION DE CALIDAD		CONTROLADO	1 DE 3		
NOMBRE		CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA APROBACIÓN	FECHA DE VIGENCIA		
SOLICITUD DE NECESIDAD		GAD-CT-FO-155	2		2 AÑOS		





<p>población LGBTIQ+, personas en situación de prostitución, personas privadas de la libertad o en detención domiciliaria y población migrante), con el fin de identificar riesgos, necesidades en salud y condiciones sociales.</p> <p>De igual manera, brindar mensualmente información, educación y comunicación (IEC) a la población vulnerable identificada sobre sus deberes y derechos en salud, promoviendo el acceso oportuno a los servicios y la garantía de la atención integral. (Mínimo 20 personas por mes) y adjuntar el respectivo formato de IEC como soporte de la intervención realizada</p>	<p>de cada GEBI. 4.Evidencia Fotografica de cada GEBI</p>
<p>Realizar la caracterización mensual en el entorno hogar de la población con enfoque diferencial del municipio, incluyendo pueblos y comunidades étnicas (indígenas, negros, afrodescendientes, raizales, palenqueros – NARP – y población Rrom o gitana), personas con discapacidad, víctimas del conflicto armado, desmovilizados y reinsertados, con el fin de identificar condiciones de vulnerabilidad, riesgos y necesidades en salud.</p> <p>Asimismo, garantizar que el 100% de la población identificada reciba información, educación y comunicación (IEC) sobre sus deberes y derechos en salud, promoviendo el acceso equitativo y oportuno a los servicios de atención integral.</p> <p>Cada GEBI deberá cumplir con una meta mínima de 20 personas caracterizadas e informadas mensualmente, adjuntando el respectivo formato de IEC como soporte de la actividad realizada.</p>	<p>1. Formato de Caracterización 2. Informe mensual de la población caracterizada con las observaciones pertinentes. 3.Formato de IEC/Planilla Asistencia de cada GEBI. 4.Evidencia Fotografica de cada GEBI</p>
<p>Caracterizar a las personas mayores e identificar su estado de vulnerabilidad, y de salud e identificar los cuidadores, en cada unas de las visitas familiares realizadas. (Actividad a entregar mensualmente o según prioridad)</p>	<p>CARACTERIZACIÓN</p>
<p>Informar a la población en condición de discapacidad que aún no posea el Certificado de Discapacidad acerca de la RUTA y requisitos para obtener la certificación del RLCPD (Registro para la localización y Caracterización de Personas con Discapacidad), para promover el ejercicio del derecho a la salud, la cual debe ser canalizada a la Secretaría de Desarrollo Social. A demanda (Adjuntar formato de IEC de cada GEBI)</p>	<p>1. Informe de Actividad, 2. Formato de canalización de cada GEBI 3. Evidencia Fotografica de cada GEBI entrega de informe mensual con el número de fichas y observaciones</p>
<p>Focalizar la población sin aseguramiento y realizar la canalización y orientación a la oficina de aseguramiento, la población que posea documento valido en Colombia para realizar el proceso de Aseguramiento (Registro Civil, Tarjeta de identidad, Cedula de ciudadanía y PTT. (Adjuntar formato de canalización de cada GEBI) (A demanda)</p>	<p>1. Formato de canalización, con su respectivo seguimiento 2. Informe mensual con el numero de canalizaciones realizadas con las observaciones pertinentes.</p>
<p>Realizar actividades de búsqueda activa de sintomáticos Respiratorias (EPOC, Asma, neumonía, IRA, Laringofaringitis),</p>	<p>1. Formato de sintomaticos respiratorios</p>

 E.S.E. HOSPITAL SALAZAR DE VILLETA La Calidad un Compromiso, Su Salud Nuestra Razón de Ser		 NOROCCIDENTE		 CUNDINAMARCA REGIÓN Que Progresa		 GOBIERNO DE CUNDINAMARCA	
TIPO DE DOCUMENTO:		ÁREA O PROCESO QUE LO GENERA:		DOCUMENTO	PAGINA		
FORMATO		GESTION DE CALIDAD		CONTROLADO	1 DE 4		
NOMBRE		CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA APROBACIÓN	FECHA DE VIGENCIA		
SOLICITUD DE NECESIDAD		GAD-CT-FO-155	2		2 AÑOS		


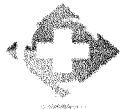

<p>de acuerdo con las definiciones programáticas indicadas en la Resolución 227 de 2000, para entidades Territoriales Municipales. (Habitante de calle, migrantes, trabajadores de la salud y población Rural con riesgo). (Mínimo 12 personas por actividad. Adjuntar formato de cada GEBI, por actividad)</p>	<p>2. Informe mensual con el numero de sintomaticos identificados con las observaciones pertinentes.</p>
<p>Apoyar las jornadas nacionales, departamentales y monitoreos rapidos de cobertura de vacunación definidas por el MSPS, garantizando la intensificación de las acciones y estrategias durante los meses programados, así como las jornadas de vacunación extramurales realizadas en la zona rural y urbana del Municipio a fin de que se propenda por apuntar a la atención integral del individuo en el marco del curso de vida.</p>	<p>1. Informe de Actividad, 2. Planilla Asistencia, 3. Evidencia Fotografica</p>
<p>Informar al 100% de las familias visitadas mediante la Ficha Familiar sobre la importancia del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), promoviendo el cumplimiento oportuno del esquema de vacunación en la población objeto del programa. Cada GEBI deberá adjuntar el respectivo formato de Información, Educación y Comunicación (IEC) como soporte de la actividad, garantizando la educación de (mínimo 50 personas por mes). Asimismo, realizar la canalización efectiva a los servicios de vacunación del territorio de los niños, niñas y demás población objeto del PAI que se encuentren con esquemas de vacunación incompletos o atrasados, asegurando su acceso y continuidad en el programa.</p>	<p>1. Informe de Actividad, 2. Formato de IEC/Planilla Asistencia de cada GEBI, 3. Evidencia Fotografica de cada GEBI. 4. formato y soporte de canalizacion efectiva</p>
<p>Apoyar Jornadas para la prevención y control de las arbovirosis, donde se realicen campañas de educación en la Recolección de inservibles, Jornada de lavado de albercas, Talleres comunitarios de prevención y control arbovirosis, leishmania y chagas, Dengue, Oropuche, Chikungunya, enfermedades zoonóticas, articulado con las promotoras de salud, Auxiliar de Vigilancia y Tecnico de ETV.</p>	<p>1. Informe de Actividad, 2. Formato de IEC 3. Planilla Asistencia, 4. Evidencia Fotografica</p>

 E.S.E. HOSPITAL SALAZAR DE VILLETA La Calidad un Compromiso, Su Salud Nuestra Razón de Ser		 REGION DE SALUD NOROCCIDENTE		 CUNDINAMARCA REGION Que Progresa!		 GOBIERNO DE CUNDINAMARCA	
TIPO DE DOCUMENTO:		AREA O PROCESO QUE LO GENERA:		DOCUMENTO	PAGINA		
FORMATO		GESTION DE CALIDAD		CONTROLADO	1 DE 5		
NOMBRE		CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA APROBACIÓN	FECHA DE VIGENCIA		
SOLICITUD DE NECESIDAD		GAD-CT-FO-155	2		2 AÑOS		





<p>Realizar taller para Promover la tenencia responsable de mascotas y mitigar el riesgo de eventos rábicos en el Municipio a través del apoyo a las jornadas de vacunación antirabica para caninos y felinos en el área urbana, rural y rural dispersa previa articulación con la Entidad competente, y en las brigadas de salud, con las siguientes actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Apoyo a Jornada de Vacunación antirabica 2. Taller ludico pedagogico enfocado a la Protección y prevención del maltrato animal 3. Taller ludico pedagogico enfocado al Mejoramiento del entorno donde residen. 4. Taller ludico pedagogico enfocado a las Responsabilidades tanto el interior como al exterior de la vivienda. 5. Taller ludico pedagogico enfocado a la Prevención de enfermedades de origen zoonotico por tenencia inadecuada 6. Taller ludico pedagogico enfocado a la tenencia responsable de caninos de manejo especial (uso de bozal y tirilla en lugares publicos y privados) <p>Minimo 20 participantes</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informe de Actividad, 2. Formato de IEC 3. Planilla Asistencia, 4. Evidencia Fotografica
<p>Referir inmediatamente a los servicios de salud (Urgencias) y Nutricionista PIC, a los menores con signos clínicos de DNT aguda moderada o severa, o con circunferencia de brazo menor 11,5cm y que no se encuentren en manejo de acuerdo a la Resolución 2350/20, el cual se presentará un informe mensual de las canalizaciones realizadas. (Adjuntar formato de canalización de cada GEBI, especificando a que servicios se remitió, con su respectivo seguimiento a la consulta asistida)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formato de canalización, con su respectivo seguimiento 2. Soporte de canalización efectiva
<p>Canalizar de manera efectiva a las intervenciones individuales en nutrición de acuerdo al momento del curso de vida (Menores de 5 años, Control pos parto, Valoración integral de la lactancia materna, adultos mayores, personas en riesgo de obesidad, en relación con la suplementación con micronutrientes, educación en alimentación saludable). (Relacionar la población canalizada, con su respectivo seguimiento a la consulta asistida) minimo 20 canalizaciones por GEBI</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formato de canalización, con su respectivo seguimiento de cada GEBI 2. Soporte de canalización efectiva de cada GEBI
<p>Realizar la detección del riesgo a través de la herramienta de ficha familiar y la focalización con demanda inducida a los servicios requeridos, acorde a los formatos de la caja de herramientas suministrados por el Departamento. Todas las familias detectadas con riesgo deben llevar anexo plan de Cuidado. En cumplimiento a lo establecido en la Resolución 3280 de 2018 y 276 de 2019. De acuerdo a los 16 grupos de</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Soporte donde se evidencie la cantidad de Fichas Familiares cargadas a la plataforma SURVEY 123, la cual se validará con el Consolidado de Fichas remitido por la Gobernación

 E.S.E. HOSPITAL SALAZAR DE VILLETA La Calidad un Compromiso, Su Salud Nuestra Razón de Ser		 REGION DE SALUD NOROCCIDENTE		 CUNDINAMARCA REGION Que Progresa		 EQUIPE SALUD	
TIPO DE DOCUMENTO:		ÁREA O PROCESO QUE LO GENERA:		DOCUMENTO	PAGINA		
FORMATO		GESTION DE CALIDAD		CONTROLADO	1 DE 6		
NOMBRE		CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA APROBACIÓN	FECHA DE VIGENCIA		
SOLICITUD DE NECESIDAD		GAD-CT-FO-155	2		2 AÑOS		

<p>Riesgo. Meta: 50 fichas mensuales por cada GEBI. Realizar la Identificación y seguimiento a los casos detectados en riesgo a través de las visitas domiciliarias, verificando el estado de la atención (efectiva o no efectiva). Educar en las visitas de caracterización familiar al 100 % de la población en Factores de Riesgo y Pautas de Cuidado para la Detección Temprana y la Prevención de las Alteraciones Visuales y Auditivas. Realizar acciones educativas relacionadas con Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, Autocuidado, durante el desarrollo de las visitas familiares de caracterización y seguimiento.</p>	
<p>Canalizar de manera efectiva a la población de 15 a 44 años de edad, en los diferentes cursos de vida (adolescentes, jóvenes y adultos), hacia las intervenciones de salud sexual y salud reproductiva relacionadas con la planificación familiar, garantizando el acceso oportuno a los servicios de asesoría, provisión de métodos anticonceptivos y atención integral. Asimismo, informar en el entorno hogar, a demanda, a las mujeres en edad fértil sobre cómo acceder a la atención preconcepcional y a los métodos anticonceptivos postparto o postaborto sin barreras, promoviendo el ejercicio de sus derechos en salud sexual y reproductiva.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informe de Actividad, 2. Formato IEC (Cada GEBI) 3. Planilla Asistencia (Cada GEBI), 4. Evidencia Fotografica (Cada GEBI) 5. formato de canalizacion y soporte de la canalizacion efectiva
<p>Realizar actividades ludico pedagogicas para promover prácticas sociales en favor de la vacunación durante el curso de vida de la Adulterez y Vejez en el CENTRO DIA, Grupo de danzas, (Discapacidad), VCA., trabajadores informales, de acuerdo al esquema regular que aplique.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informe de Actividad, 2. Formato IEC/ Planilla Asistencia de cada GEBI, 3. Evidencia Fotografica
<p>Informar mensualmente en el entorno hogar a las familias visitadas, especialmente en los grupos de adultez y juventud, sobre la técnica del autoexamen de seno y la identificación temprana de riesgos asociados a los cánceres de mama, cérvix, estómago y próstata. Asimismo, promover la adopción de prácticas de autocuidado para la salud, el manejo adecuado de las enfermedades crónicas no transmisibles y el fomento de hábitos de alimentación saludable. Cada GEBI deberá cumplir con una meta mínima de (30 personas educadas al mes) y adjuntar el respectivo formato de Información, Educación y Comunicación (IEC) como soporte. De igual manera, realizar la canalización efectiva, a demanda, de las mujeres entre 50 y 69 años identificadas con riesgo por no haberse practicado la mamografía o por tener un periodo mayor a dos años sin realizarla.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informe de Actividad, 2. Formato IEC/ Planilla Asistencia de cada GEBI, 3. Evidencia Fotografica 4. Soporte de canalización efectiva de cada GEBI
<p>Canalizar de manera efectiva mensualmente a las mujeres sin esquema de citología 1-3-3, o que no se la haya realizado hace más de 1 año a las intervenciones de las rutas integrales</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formato de canalización, con su respectivo seguimiento de cada GEBI

 E.S.E. HOSPITAL SALAZAR DE VILLET A La Calidad un Compromiso, Su Salud Nuestra Razón de Ser		 REGIÓN DE SALUD NOROCCIDENTE		 CUNDINAMARCA DIRECCIÓN Que Progresó!	
TIPO DE DOCUMENTO:		ÁREA O PROCESO QUE LO GENERA:		DOCUMENTO	PAGINA
FORMATO		GESTION DE CALIDAD		CONTROLADO	1 DE 7
NOMBRE		CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA APROBACIÓN	FECHA DE VIGENCIA
SOLICITUD DE NECESIDAD		GAD-CT-FO-155	2		2 AÑOS

de atención. (Adjuntar formato de canalización de cada GEBI) A demanda	2. Soporte de canalización efectiva de cada GEBI
Realizar actividades pedagogicas de IEC en el entorno hogar al 100% de las familias visitadas (30 Ficha Familiar), sobre factores protectores en estilos de vida saludable y habitos de actividad fisica, promover la alimentación saludable, disminución del consumo de la sal, sodio, azucar, incrementar el consumo de verduras y agua.	1. Informe de Actividad, 2. Formato IEC/ Planilla Asistencia, 3. Evidencia Fotografica
Caracterizar en el entorno hogar a hombres y mujeres mayores de 18 años, con riesgo de hipertensión aplicando la tabla de estratificación de riesgo cardiovascular de la OMS, realizando a su vez las acciones de IEC en pautas de cuidado, teniendo en cuenta el riesgo encontrado. (Formato de carcterización de cada GEBI).	1. Formato de caracterización de hipertensos y diabeticos. 2. Formato de IEC
Canalizar de manera efectiva mensualmente al 100% de hombres y mujeres mayores de 18 años con resultado de 12 o mas puntos en el test Findriks, a las intervenciones de las rutas integrales de atención. (Adjuntar formato de canalización de cada GEBI)	1. Formato de canalización, con su respectivo seguimiento de cada GEBI 2. Soporte de canalización efectiva de cada GEBI
Apoyar, participar y promocionar el 100% de las jornadas de salud programadas en el territorio realizando búsqueda activa de la población y canalizar a las familias a los servicios programados en estas jornadas (veredas aledañas a la convocatoria), realizar carteleras, volantes, comunicados)	1. Informe de Actividad, 2. Planilla Asistencia, 3. Evidencia Fotografica
Canalizar, orientar y direccionar al 100% de las personas, familias y comunidades visitadas a la oferta de servicios sociales, de bienestar y salud	1, Numero de canalizaciones 2, Planilla de asistencia 3, Registro fotoigrafico
Informar al 100% las familias visitadas en el entorno hogar (30 - Ficha Familiar), en el uso adecuado de elementos de higiene bucal e, informar la importancia de asistir a la consulta odontológica mínimo dos veces al año, en todos los momentos de vida. (Adjuntar Formato de IEC por GEBI, por actividad)	1. Informe de Actividad, 2. Formato de IEC/Planilla Asistencia de cada GEBI 3. Evidencia Fotográfica
Informar en el entorno hogar a los hombres mayores de 50 años sobre las pautas de cuidado y prevención del cáncer de próstata, promoviendo la adopción de prácticas saludables y el acceso oportuno a los servicios de detección temprana. Asimismo, realizar la canalización efectiva de los hombres mayores de 50 años que no se hayan practicado el examen de antígeno prostático específico (PSA) en los últimos dos años, adjuntando el correspondiente formato de canalización como evidencia de la gestión realizada.	1. Informe de Actividad, 2. Planilla Asistencia de cada GEBI, 3. Evidencia Fotografica 4. formato de canalizacion con su respectivo seguimiento y soporte de canalizacion efectiva

 E.S.E. HOSPITAL SALAZAR DE VILLETA <small>En Calidad un Compromiso, Su Salud Nuestra Razón de Ser</small>		 REGION DE SALUD NOROCCIDENTE		 CUNDINAMARCA REGION QUE PROGRESA			
TIPO DE DOCUMENTO:		ÁREA O PROCESO QUE LO GENERA:		DOCUMENTO	PAGINA		
FORMATO		GESTION DE CALIDAD		CONTROLADO	1 DE 8		
NOMBRE	CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA APROBACIÓN	FECHA DE VIGENCIA			
SOLICITUD DE NECESIDAD	GAD-CT-FO-155	2		2 AÑOS			

<p>Caracterizar y monitorear mensualmente al 100% de las gestantes y puérperas del municipio mediante el Kardex de Gestantes, con el fin de desarrollar acciones de promoción de la salud, gestión del riesgo, educación para la salud y seguimiento a los planes de cuidado.</p> <p>Durante el proceso, se informará a las gestantes y sus familias sobre los signos de alarma que requieren consulta por urgencias, especialmente en las emergencias obstétricas priorizadas como hemorragia, preeclampsia y sepsis, así como sobre los signos de alarma en el recién nacido.</p> <p>Igualmente, se brindará educación sobre prácticas adecuadas de higiene corporal de la gestante y del recién nacido, fortaleciendo la importancia del lavado de manos y el uso de tapabocas en las instituciones de salud para la prevención de infecciones respiratorias.</p> <p>Asimismo, se realizará la canalización efectiva y mensual de las gestantes al curso de preparación para la maternidad y paternidad, promoviendo su participación activa.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kardex de Gestante, 2. Evidencia fotográfica 3. Informe de Actividad 4. Planilla Asistencia (Cada GEBI). 5. formato y soporte de calaizacion efectiva
<p>Realizar actividades Ludico pedagogicas que identifique las Gestantes y lactantes en el municipio, con estrategias de educación lúdicas, así:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Beneficios de la lactancia materna para la salud bucal del recién nacido. 2- hábitos saludables en la alimentación 3- Importancia de la valoración por odontología desde el primer trimestre del embarazo. 4- Alteraciones Bucales asociadas a factores de riesgo como la preeclampsia y el bajo peso al nacer. 5- Limpieza de la cavidad oral en niños de 0-6 meses 6- Realizar una jornada de SEDATON PARA ESTIMULAR LA ADHERENCIA AL USO DE LA SEDA DENTAL. (Mínimo 10 mujeres gestantes y lactantes por actividad) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informe de Actividad 2. Formato IEC (Cada GEBI) 3. Planilla Asistencia (Cada GEBI). 4. Evidencia Fotografica (Cada GEBI).





Generales

1. Apoyar en la elaboración oportuna para dar respuesta a las quejas dadas por los usuarios. 2. Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales. 3. Diligenciar registros de las actividades realizadas dando cumplimiento a la Normatividad Vigente, 4. Los gastos de transporte serán asumidos por el contratista 5. Asumir de manera total y exclusiva, la responsabilidad derivada de la calidad e idoneidad de las actividades objeto del contrato, así como de los actos u omisiones 6. Registrar y llenar toda la documentación en la prestación de los servicios según el caso. 7. Respetar los derechos de los pacientes y cumplir con el código de ética. 8. Ejecutar la actividad guardando y dando cumplimiento a todas las normas que regulan la profesión. 9. Excluir a la empresa de cualquier responsabilidad por los daños que puedan ser ocasionados en el cumplimiento de la presente ORDEN DE SERVICIOS en salud. 10. Mantener buenas relaciones inter personales con los familiares y el grupo de trabajo. 11. Adherirse a las guías y protocolos y normas institucionales. 12. Ofrecer trato con calidez y calidad al paciente y la familia, dando

E.S.E HOSPITAL SALAZAR DE VILLETA-REGION DE SALUD NOROCCIDENTE

Calle 1 No. 7 – 56 Tele. Gerencia: 8444118 - 8444646 EXT 102

e-mail: calidad@hospitalosalazardevilleta.gov.co

 E.S.E. HOSPITAL SALAZAR DE VILLETA La Calidad un Compromiso. Su Salud Nuestra Razón de Ser		 REGION DE SALUD NOROCCIDENTE		 CUNDINAMARCA REGION Que Progresa		 GOBIERNO DE CUNDINAMARCA	
TIPO DE DOCUMENTO:		AREA O PROCESO QUE LO GENERA:		DOCUMENTO	PAGINA		
FORMATO		GESTION DE CALIDAD		CONTROLADO	1 DE 9		
NOMBRE		CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA APROBACIÓN	FECHA DE VIGENCIA		
SOLICITUD DE NECESIDAD		GAD-CT-FO-155	2		2 AÑOS		

una atención humanizada **13.** Conocer la Plataforma Estratégica de la institución y del área de Enfermería, al igual que todos los procesos asistenciales aprobados. **14.** Cumplir de forma eficiente y oportuna los trabajos encomendados y aquellas obligaciones que se generen de acuerdo con la naturaleza del servicio prestado. **15.** Devolver en buen estado de conservación al finalizar el plazo de ejecución de la orden los bienes y/o elementos que le hayan sido entregados por el hospital como apoyo logístico. **16.** Entregar oportunamente los informes y documentos solicitados por la E.S.E. **17.** acudir a actividades extramurales programadas por la ESE en caso de ser necesario. **18.** Responder por los daños que por acción u omisión debidamente comprobada se cause a la ESE en su infraestructura, bienes y funcionamiento. **19.** Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por la E.S.E. que tenga relación con la orden de servicios. **20.** Establecer relaciones internas y externas cordiales con el grupo de funcionarios, contratistas y usuarios del hospital. **21.** Permitir al supervisor del contrato realizar la revisión de calidad del servicio **22.** Elaboración y entrega del informe oportuno de las actividades realizadas en el plazo de ejecución de la orden, anexando los soportes de ejecución físicos y/o magnéticos, factura o el documento equivalente, el pago de la seguridad social, entre otros. **23.** Las demás que se requieran para el cumplimiento del objeto de la orden de acuerdo con su formación académica y experiencia y entre ellas constituir la Garantía única de responsabilidad profesional en los términos y condiciones que se pacten.

De conformidad con el contrato interadministrativo N° CD CONT INT 001 se requiere técnico en auxiliar de enfermería y se establecen los valores a cobrar por actividad ejecutada, el valor será pagado según actividad cumplida de acuerdo a entregas pactadas para un total del contrato \$4.554.000

NOMBRE FECHA Y FIRMA DEL LIDER O RESPONSABLE QUIEN SOLICITA

Líder salud publica	DAYANNA MARCELA CAICEDO TINOCO
Fecha de Recibido de la Solicitud:	08/06/2026

AUTORIZACIÓN DE LA NECESIDAD

Firma: _____ Nombre: DAYANNA MARCELA CAICEDO TINOCO Líder salud publica	Firma: _____ Nombre: FREDY ALEXANDER BUITRAGO RAMIREZ Subgerente Administrativo y financiero
--	---

