Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

FORMATO DE REQUERIMIENTO PRESTACIÓN DE SERVICIOS CONTRATISTA ANTIGUO	Versión:	1
	Fecha de aprobación:	13/11/2019
	Código:	18-01-FO-0013

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

817

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

Quien solicita (Nombre y cargo perfil del requiriente)	Fecha de la Solicitud			**Dependencia o sede:**
	Dia	Mes	Año	UNIDAD FONTIBON
RODOLFO DUARTE CELY LIDER UNIDAD FONTIBON	18	12	2020	**Dirección a la que pertenece: Dirección de servicios hospitalarios.**

Formato documentos mínimos para celebrar contrato : Lista de Chequeo Documentación por prestación de servicios

JUSTIFICACIÓN O NECESIDAD DE LA PRESTACION DE SERVICIO REQUERIDO

El área ENFERMERIA de requiere la contratación de un AUXILIAR DE ENFERMERIA para la realización de actividades en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

DESCRIPCION DEL SERVICIO SOLICITADO

Servicios de un AUXILIAR DE ENFERMERIA en el área de ENFERMERIA para poder prestar servicios con calidad y eficiencia a los pacientes de Hospitalizado

AREA	ADMINISTRATIVO	☐	ASISTENCIAL	X	PIC	☐

PERFIL: **AUXILIAR DE ENFERMERIA HOSPITALIZACIÓN**

PERSONA REQUERIDAS (NOMBRE Y CC): **BRAVO GARCIA ELIANA AMPARO CC: 1022392093**

HABILIDADES: CUMPLIMIENTO DE PROCESOS ASISTENCIALES SEGÚN MANUALES DE PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS PARA CUBRIR LA DEMANDA GENERADA PARA LA REALIZACION DE PROCEDIMIENTOS ESPECIALES, SOLICITADOS POR LOS SERVICIOS CONSULTA EXTERNA ,HOSPITALIZACIÓN Y DE URGENCIAS;Líderzgo - 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. 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

	Marque con una X según corresponda las condiciones del contrato		CANTIDAD (meses ,horas, actividades a contratar)	**Observaciones Resolución de honorarios aplicable para vigencia 2021.**
TIEMPO DE EJECUCION	MES			
	HORA	X	186	
	ACTIVIDAD			

ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

Recibir y entregar el turno por paciente asignado e informar sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporcionar al turno entrante información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermería, Realizar las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio, Informar al profesional de enfermería los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clínico del paciente, Retroalimentar al supervisor dificultades del proceso de atención, Asesorar al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados en casa garantizar la comprensión de las órdenes médicas y dar continuidad del tratamiento ambulatorio ,Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad, Brindar orientación a los pacientes y sus familiares con relación a sus necesidades y expectativas de acuerdo con las políticas institucionales y las normas vigentes, Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio, Diligenciar documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible ,Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred, Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento, 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, Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio, Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos, Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales, 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.

ELENA CASTRO SOLARTE Director de Servicios Hospitalarios	D Blanco S DANIEL BLANCO SANTAMARIA Vo.Bo. Subgerencia de Servicios de Salud

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 30 de noviembre de 2020, a las 00:40:28, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1022392093
Código de Verificación	1022392093201130004028

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

Soraya Vargas P.
SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

BOGOTÁ | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

COMUNICACIÓN INTERNA

Bogotá D.C., DICIEMBRE 04 DEL 2020

PARA: DIRECCION DE CONTRATACION

DE: UMHES FONTIBON - DIRECCION HOSPITALARIOS

Asunto: Constancia de verificación y cumplimiento de requisitos del perfil a contratar

Atento saludo,

Previa revisión de los documentos entregados por el colaborador que se relaciona a continuación, mediante la presente informo que el mismo cumple con los requisitos necesarios del perfil a contratar.

NOMBRE COLABORADOR: ELIANA AMPARO BRAVO
DOCUMENTO IDENTIDAD COLABORADOR: 1.022.392.093 DE BOGOTA
PERFIL A CONTRATAR: AUXILIAR DE ENFERMERIA
SERVICIO O AREA: DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS – MEDICINA INTERNA.

Atentamente

Dr. Rodolfo Duarte Cely
Médico Cirujano - UNAL
Epidemiología - U. Rosario
C.C 80.158.759

RODOLFO DUARTE CELY
SUPERVISOR
Médico Cirujano Universidad Nacional
Especialista Epidemiología Universidad del Rosario
Líder Asistencial UMHE Fontibón-Boston
Tel. 4860033 - Ext. 6004

Declaro que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales, y por lo tanto, lo presentamos para firma.				
Cargo Funcionario / Contratista	Nombre	Cargo	Firma	Fecha
Elaborado por:				04/12/2020

Bogotá, D.C., Noviembre 25 de 2020

PARA: OMAR BENIGNO PERILLA BALLESTEROS
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E- Contratante

DE: ELIANA AMPARO BRAVO – C.C. 1.022.392.093
Contratista de prestación de servicios

Asunto: **DECLARACION JURAMENTADA CONTRATISTA**

Yo ELIANA AMPARO BRAVO identificado (a) con la C.C. No. 1.022.392.093 de Bogotá D.C., mayor de edad y con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., manifestó bajo la gravedad del juramento:

PRIMERO: Los documentos aportados para la contratación de mis servicios son verídicos y se encuentran actualizados según las normas vigentes y los lineamientos institucionales.

SEGUNDO: La información contenida en los soportes académicos formales e informales presentados de forma magnética son reales:

TIPO DE FORMACION (FORMAL O INFORMAL)	TITULO O CERTIFICACION OBTENIDA	FECHA DE EXPEDICION (DIA, MES, AÑO)	ENTIDAD EDUCATIVA QUE LA EXPIDE	VIGENCIA EN CASO QUE APLIQUE (DIA, MES, AÑO)
FORMAL	BACHILLER ACADEMICO	03/12/2012	COLEGIO LUIS VARGAS TEJADA	NO APLICA
FORMAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	18/07/2014	ESCUELA DE SALUD SAN PEDRO CLAVEL	NO APLICA
INFORMAL	SOPORTE VITAL AVANZADO	17/06/2019	S.O.S.	17/06/2021
INFORMAL	ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS	12/11/2019	COLOMBO LATINA S.A.S.	12/11/2021
INFORMAL	ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	21/11/2019	COLOMBO LATINA S.A.S.	21/11/2021
INFORMAL	TOMA DE MUESTRAS	29/10/2019	COLOMBO LATINA S.A.S.	29/10/2021

TERCERO: Me obligo durante la vigencia del contrato que celebre con la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., a actualizar y mantener vigentes los cursos y documentos requeridos.

La presente declaración juramentada se rinde sin perjuicio de lo establecido en los artículos 286 y siguientes del Código Penal Colombiano.

Manifiesto, que todo lo declarado anteriormente es verdadero y para tal efecto firmo, este documento.



FIRMA
NOMBRE ELIANA AMPARO BRAVO GARCIA.
C.C. 1022392093
DIRECCION CLL 58 A SUR # 78 F 14.
EMAIL NANA 9414 @ HOTMAIL.ES.