| | | | |
|---|---|---|---|
| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | **JUSTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD Y ESTUDIO PREVIO PARA LA CONTRATACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN** | Versión | 5 |
| | | Fecha de aprobación | 25/11/2024 |
| | | Código: | 04-02-FO-0011 |
| | | | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE ESE

## DATOS DE SOLICITUD

| Dependencia solicitante | Fecha de solicitud | | | Tipo Requerimiento Administrativo |
|---|---|---|---|---|
| | Dia | Mes | Año | Sede USS 11 PUENTE ARANDA |
| DAVID EDUARDO PEÑUELA JIMENEZ<br>DIRECCION SERVICIOS AMBULATORIOS ASDINCGO SU37U05<br>DIRECTOR TÉCNICO 009 | 24 | 06 | 2026 | Servicio ADM DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS 11 PUENTE ARANDA |

MODALIDAD DE CONTRATACIÓN: CONTRATACIÓN DIRECTA - CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN

## JUSTIFICACIÓN O NECESIDAD DE LA PRESTACION DE SERVICIO REQUERIDO

| | | |
|---|---|---|
| ☑ Nuevo | Justificación o Necesidad<br>La Direccion de Servicios Ambulatorios requiere la contratación de un PROFESIONAL ESPECIALIZADO II para la realización de actividades en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE, de acuerdo a las necesidades de la institución. Nueva contratacion por cambio de Direccion Talento Humano Rutas. | |
| ☐ Antiguo | Numero de OPS: _____ | Nombre completo: _____ |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ☐ Reemplazo de OPS | Documento de OPS | Nombre Completo | Contrato | Motivo Suspensión prolongada | Otro: ☐ | Cuál: | Fecha de Retiro: |
| ☐ Cambio de vigencia | Numero de OPS: _____ | | Nombre completo: _____ | | | | |

## DESCRIPCIÓN DEL PERFIL A CONTRATAR

| | | | |
|---|---|---|---|
| Perfil | PROFESIONAL ESPECIALIZADO II | Formación académica requerida | PROFESIONAL ESPECIALIZADO II |
| Requiere Experiencia ☐ SI ☑ NO | | Descripción de la experiencia requerida | . |
| Habilidades o conocimientos específicos | Capacidad de manejo avanzado de Excel y demás herramientas ofimáticas, excelente atención y orientación al | | |
| Numero de personas requeridas | 8 | Requiere cursos de habilitación | ☐ SI ☑ NO |

## FUENTE DE FINANCIACIÓN

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Rubro | ☐ Honorarios | ☐ Remuneración Servicios Técnicos | ☑ Honorarios Asistencial General | ☐ Asistencial PIC |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Recursos Propios | ☑ SI | ☐ NO | Vigencias futuras | ☐ SI | ☑ NO | |
| Convenio | ☐ SI | ☑ NO | Convenios | | | |
| PROYECCION<br>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: | | | |

## DESCRIPCIÓN CONTRACTUAL

OBJETO DEL CONTRATO

Prestar servicios Profesionales especializados a la gestión administrativa y/o asistencial en el área asistencial 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.

ACTIVIDADES /OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

1. Realizar la gestión administrativa de la implementación plan de acción de las rutas integrales de atención en salud RIAS/contrato. 2. Elaborar documentación y el soporte necesario frente a la necesidad de hacer efectivas las garantías del cumplimiento de los compromisos del plan de acción de las rutas integrales de atención en salud RIAS o Contratos 3. Monitorear el tablero de mando unificado de indicadores 4. Participar en las reuniones establecidas en el marco del plan de acción de las rutas integrales de atención en salud rias y/o contratos. 5. Participar en las reuniones de equipos directivos y equipos dinamizadores. 6. Coordinar las reuniones mensuales con equipo base del plan de acción de las rutas integrales de atención en salud rias para realizar seguimiento técnico a las acciones y planes de trabajo 7. Participar de manera propositiva y proactiva en los procesos de acreditación y mejora continua que adelanta la subred 8. Generación seguimiento y monitoreo de planes de mejoramiento. 9. Presentación o apoyo de las auditorias. 10. Monitorear el tablero de mando unificado de indicadores. 11. Contribuir al ejercicio de autoevaluaciones de las RUTAS. 12. Demas actividades concernientes para dar cumplimiento a la misión ,visión y metas institucionales.

## SUPERVISIÓN DEL CONTRATO

| NOMBRE Y CARGO DE QUIEN EJERCERÁ LA SUPERVISIÓN | | NOMBRE Y PERFIL DEL APOYO A LA SUPERVISIÓN (SI APLICA) | |
|---|---|---|---|
| Nombre | DAVID EDUARDO PEÑUELA JIMENEZ | Nombre | N/A |
| Documento | 1018420569 | Documento | -- |
| Perfil | DIRECTOR TÉCNICO 009 | Perfil | -- |

| Firma de Director o Jefe de Oficina | Firma Subgerente Correspondiente |
|---|---|
|  |  |
| DAVID EDUARDO PEÑUELA JIMENEZ<br>DIRECCION SERVICIOS AMBULATORIOS ASDINCGO SU37U05<br>DIRECTOR TÉCNICO 009 | BERTHA LUCIA MORA QUIÑONES<br>SUBGERENCIA DE PRESTACION DE SERVICIOS ASDINCGO SU37U01<br>SUBGERENTE 090 |

Copia certificada Subred Suroccidente

**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

Copia Certificada
Subred Suroccidente