

269

5699-2021

|                                                                                                                                                                                        |                                                                                 |                                 |                                                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  GOBIERNO DE LA REPUBLICA DEL PARAGUAY<br>Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente S.S.E. | <b>FORMATO DE REQUERIMIENTO PRESTACION DE SERVICIOS PARA<br/>NUEVO CONTRATO</b> | Versión: 1                      |  ALCALDIA MAYOR DE KENNEDY |
|                                                                                                                                                                                        |                                                                                 | Fecha de aprobación: 27/06/2017 |                                                                                                               |
|                                                                                                                                                                                        |                                                                                 | Código: 04-02-FO-0011           |                                                                                                               |

| SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE                                                              |                                    |                 |                    |                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-----------------|--------------------|---------------------------------------------------|
| Quien solicita (colocar cargo y/o perfil del supervisor)<br><br><b>ROSA INES LEON<br/>REFERENTE DE ENFERMERIA</b> | Fecha de la Solicitud              |                 |                    | Dependencia o sede:<br><b>KENNEDY</b>             |
|                                                                                                                   | Día<br><b>10</b>                   | Mes<br><b>2</b> | Año<br><b>2021</b> | Dirección a la que pertenece:<br><b>URGENCIAS</b> |
|                                                                                                                   | Contrato Nuevo (Marque con una X ) |                 |                    | X                                                 |
| Formato documentos mínimos para celebrar contrato : Lista de Chequeo Persona Natural                              |                                    |                 |                    |                                                   |

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

**La oficina de Urgencias requiere la contratación de un PROFESIONAL DE ENFERMERIA para la realizacion de actividades en la sede de KENNEDY**

**Descripción del servicio solicitado**

PROFESIONAL DE ENFERMERIA

|                     |                          |             |                                     |
|---------------------|--------------------------|-------------|-------------------------------------|
| AREA ADMINISTRATIVO | <input type="checkbox"/> | ASISTENCIAL | <input checked="" type="checkbox"/> |
|---------------------|--------------------------|-------------|-------------------------------------|

|        |                           |
|--------|---------------------------|
| PERFIL | PROFESIONAL EN ENFERMERIA |
|--------|---------------------------|

|                                |          |
|--------------------------------|----------|
| NUMERO DE PERSONAS REQUERIDAS: | <b>1</b> |
|--------------------------------|----------|

**HABILIDADES:** Generación de prácticas seguras en salud, diligencia en la atención a pacientes, seguimiento de procesos, adecuadas relaciones interpersonales, resolución de problemas, capacidad de análisis, toma de decisiones, empatía.

**RIESGOS DE LA CONTRATACIÓN:** Inhabilidad e incompatibilidades sobrevenientes. 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.

|                            |                                                                 |                                        |                                                                                                                                                  |                          |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <b>TIEMPO DE EJECUCION</b> | Marque con una X según corresponda las condiciones del contrato | CANTIDAD (meses, horas, actividades a) | <b>Observaciones:</b> Se solicita contratar a un profesional de enfermería por necesidades del servicio de urgencias.<br><br><i>Pineda Nancy</i> |                          |
|                            | MES                                                             | <input type="checkbox"/>               |                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> |
|                            | HORA                                                            | <input checked="" type="checkbox"/>    |                                                                                                                                                  | <b>186</b>               |
|                            | ACTIVIDAD                                                       | <input type="checkbox"/>               |                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> |

**ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA**

1) Apoyar la realización de las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos ordenados por el profesional tratante para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral. 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 entrega de turno según el procedimiento establecido. 5) Participar en la programación de las actividades del área. 6) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. 7) 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. 8) Impartir instrucciones al personal a cargo 9) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. 10) Realizar los procedimientos al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio. 11) Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación. 12) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención. 13) Promover acciones de humanización en la atención y de seguridad del paciente en el servicio. 14) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. 15) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento. 16) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. 17) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. 18) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. 19) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales. 20) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred 21) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado 22) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente 23) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.

|                                                                                                     |                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Diosdado</i><br>Clara Yolanda Pineda Gil<br>Director Técnico Servicios de Hospitalario/Urgencias | <i>Daniel Blanco</i><br>Vo.Bo. Daniel Blanco Santamaria<br>Subgerente de Prestacion de Servicios de Salud |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|

08.03.2021  
Ratón.





SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD  
SUR OCCIDENTE ESE

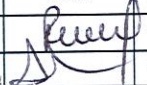
LA SUSCRITA DIRECTORA DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO  
DE LA SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE  
E.S.E  
HACE CONSTAR:

Que verificada la planta de empleos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente ESE, se evidencia que no se cuenta con personal de planta disponible para desarrollar la actividad de PROFESIONAL EN ENFERMERÍA, por cuanto:

1. ☐ No existencia del perfil requerido
2. ☒ Insuficiencia del mismo
3. ☒ La necesidad de contratar a un profesional con conocimientos específicos.

Dada en Bogotá D.C., a los diez (10) días del mes de febrero de 2021.

  
SANDRA LILIANA BAUTISTA LOPEZ

| Declaramos 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      |
| Revisado por :                                                                                                                                                 | Rosa Ivonne Moreno Fonseca          | Profesional Universitario Talento Humano          |  | 10-02-2021 |
| Elaborado por:                                                                                                                                                 | Madelbi Andrea Ballesteros Castillo | Profesional Universitario II Talento Humano - OPS |  | 10-02-2021 |