

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

|                                                                                                                                                                 |                                     |                    |                                                                                      |                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <b>Quien solicita (colocar cargo y/o perfil del supervisor)</b><br>Claudia Patricia Rosero Caicedo ( E )<br>LIDER CAPS ZONA FRANCA, USS 50 PUERTA DE TEJA ( E ) | <b>Fecha de la Solicitud</b>        |                    |                                                                                      | <b>Dependencia o sede:</b> CAPS ZONA FRANCA                      |
|                                                                                                                                                                 | <b>Día</b>                          | <b>Mes</b>         | <b>Año</b>                                                                           | <b>Dirección a la que pertenece:</b> GESTION CLINICA AMBULATORIA |
|                                                                                                                                                                 | 16                                  | 9                  | 2019                                                                                 |                                                                  |
| <b>Motivo de la solicitud (Marque con una X)</b>                                                                                                                |                                     | <b>No CONTRATO</b> |                                                                                      |                                                                  |
| <b>Adición y Prorroga</b>                                                                                                                                       | <input checked="" type="checkbox"/> |                    |                                                                                      |                                                                  |
| <b>Adición</b>                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/>            |                    |                                                                                      |                                                                  |
| <b>Prorroga</b>                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/>            |                    |                                                                                      |                                                                  |
| <b>Reinicio</b>                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/>            |                    |                                                                                      |                                                                  |
|                                                                                                                                                                 |                                     | 3167-2019          | Formato documentos mínimos para celebrar contrato : Lista de Chequeo Persona Natural |                                                                  |

|                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>JUSTIFICACIÓN O NECESIDAD DE LA PRESTACION DE SERVICIO REQUERIDO</b><br>(Previa verificación presupuestal) |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

La oficina Proceso Gestión Clínica Ambulatoria requiere la contratación de un FISIOTERAPEUTA para la realización de actividades en la sede CAPS ZONA FRANCA

**Descripción del servicio solicitado**

Prestar Servicios Profesionales de FISIOTERAPEUTA en el Proceso Gestión Clínica Ambulatoria de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E - Unidad Prestadora de Servicios de Salud Fontibón, o donde sean requeridos por el supervisor del contrato.

**AREA:** ADMINISTRATIVO ☐ ASISTENCIAL ☒

**PERFIL:** FISIOTERAPEUTA

**NUMERO DE PERSONAS REQUERIDAS:** 1 SHIRLEY BIBIANA MESA RUBIO CC: 52484619

**EXPERIENCIA:** (En años) 1 EN: FISIOTERAPEUTA

**HABILIDADES:** Trabajo en equipo, Respeto, Compromiso, Vocación de Servicio, Disciplina

**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.

| TIEMPO DE EJECUCION | 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 |
|---------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------|---------------|
|                     |                                                  | MES                                                 |                                       |                                                  |             |               |
|                     |                                                  | HORA                                                | \$14.853                              | 186                                              | \$2.762.658 |               |
|                     |                                                  | ACTIVIDAD                                           |                                       |                                                  | 0           |               |

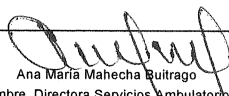
**ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA**

- Evaluar, diagnosticar y brindar tratamientos de rehabilitación a niños y adultos con disfuncionalidades físicas e identificar los riesgos que se generan como consecuencia de factores ambientales, neuropsicológicos, órgano funcionales o genéticos
- Detectar de manera temprana las personas con alteraciones temporales o permanentes susceptibles de atención en rehabilitación, con el fin de brindar una atención oportuna tendiente a evitar secuelas o la instauración de discapacidades
- Diligenciar de manera completa, legible y oportuna la historia clínica dando cumplimiento a la resolución 1995 de 1999
- Realizar informe de gestión mensual y hacer entrega oportuna de los mismos a la respectiva área
- Realizar la referencia y contrarreferencia para continuar tratamiento cuando sea necesario, dentro de la estrategia de redes de servicios de salud y de acuerdo con las normas que la regulan.
- Cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la institución
- Evaluar, diagnosticar y brindar tratamientos de rehabilitación a niños y adultos con disfuncionalidades físicas e identificar los riesgos que se generan como consecuencia de factores ambientales, neuropsicológicos, órgano funcionales o genéticos
- Todas las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y sean afines al desarrollo del objeto del contrato
- Alimentar constantemente todos los sistemas de información que están de acuerdo a su perfil y mantenerlos al día
- Demás actividades concernientes con de acuerdo a su perfil
- Uso adecuado del bata y carne según lineamiento institucional. Incluye el cumplimiento de la estrategia "Quite la Bata" en el contexto de seguridad del paciente.
- Asumir el 100% de la glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad o de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista.
- Colaborar con la unidad de servicios de salud donde se encuentre
- En caso de presentarse un caso fortuito o de fuerza mayor que impida asistir a la consulta informar al supervisor del contrato. f). participar
- activamente en las capacitaciones a las que sea asignado.

**CONSTANCIA DE NO EXISTENCIA DE PERSONAL EN PLANTA**

La Referente o Líder de Talento Humano CERTIFICA que analizada la planta actual de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente, Unidad Prestadora de Servicios de Salud Fontibón, se encontró que: el presente requerimiento se tramita por 1. no existencia del perfil requerido; 2. por insuficiencia del mismo; 3. por existencia de lista de elegibles para provisión de cargo o por la necesidad de contratar a un profesional con conocimientos específicos.

**Unidad Funcional de Talento Humano**

|                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br>Claudia Patricia Rosero Caicedo ( E )<br>Nombre y firma del Supervisor | <br>Ana María Mahecha Guirago<br>Nombre Directora Servicios Ambulatorios |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|