

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

|                                                                                                                                                                    |                                     |                    |                                                                                             |                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <b>Quien solicita</b> (colocar cargo y/o perfil del supervisor)<br><b>LILIANA CASTIBLANCO MOSOS</b><br><b>LIDER CAPS ZONA FRANCA, PAPS 50 PUERTA DE TEJA ( E )</b> | <b>Fecha de la Solicitud</b>        |                    |                                                                                             | <b>Dependencia o sede:</b> CAPS ZONA FRANCA          |
|                                                                                                                                                                    | Día                                 | Mes                | Año                                                                                         | <b>Dirección a la que pertenece:</b> GESTION CLINICA |
|                                                                                                                                                                    | 17                                  | 5                  | 2019                                                                                        | <b>AMBULATORIA</b>                                   |
| <b>Motivo de la solicitud</b> (Marque con una X)                                                                                                                   |                                     | <b>No CONTRATO</b> |                                                                                             |                                                      |
| <b>Adición y Prorroga</b>                                                                                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> |                    |                                                                                             |                                                      |
| <b>Adición</b>                                                                                                                                                     |                                     |                    | <b>Formato documentos mínimos para celebrar contrato :</b> Lista de Chequeo Persona Natural |                                                      |
| <b>Prorroga</b>                                                                                                                                                    |                                     |                    |                                                                                             |                                                      |
| <b>Reinicio</b>                                                                                                                                                    |                                     |                    |                                                                                             |                                                      |

**JUSTIFICACIÓN O NECESIDAD DE LA PRESTACION DE SERVICIO REQUERIDO**  
(Prevía 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 <input type="checkbox"/> | ASISTENCIAL <input checked="" type="checkbox"/> |
| 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 sobrevinientes. 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 lapiz) | Marque con una X según corresponda tipo de contrato | VALOR UNITARIO (mes, hora, actividad) | CANTIDAD (meses, horas, actividades a) | VALOR TOTAL | Observaciones |
|---------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|-------------|---------------|
|                     |                                                  | MES                                                 |                                       |                                        |             |               |
|                     |                                                  | HORA                                                | \$14.853                              | 186                                    | \$2.762.658 |               |
|                     |                                                  | ACTIVIDAD                                           |                                       |                                        | 0           |               |

**ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA**

a. 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

b. 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

c. Diligenciar de manera completa, legible y oportuna la historia clínica dando cumplimiento a la resolución 1995 de 1999

d. Realizar informe de gestión mensual y hacer entrega oportuna de los mismos a la respectiva área

e. 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.

f. Cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la institución

g. 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

h. Todas las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y sean afines al desarrollo del objeto del contrato

i. Alimentar constantemente todos los sistemas de información que están de acuerdo a su perfil y mantenerlos al día

j. Demas actividades concernientes con de acuerdo a su perfil

k. Uso adecuado del bata y carne según lineamiento institucional. Incluye el cumplimiento de la estrategia " Quitate la Bata " en el contexto de seguridad del paciente.

l. 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.

m. Colaborar con la unidad de servicios de salud donde se encuentre

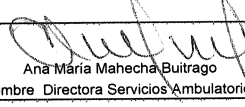
n. En caso de presentarse un caso fortuito o de fuerza mayor que impida asistir a la consulta informar al supervisor del contrato.

ñ. 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.

|                                                            |                                                                                     |                                                                                      |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Unidad Funcional de Talento Humano</b>                  |  |  |
| Liliana Castiblanco Mosos<br>Nombre y firma del Supervisor | Ana María Mahecha Buitrago<br>Nombre Directora Servicios Ambulatorios               |                                                                                      |