

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

|                                                                                                              |                                                                                                                                                    |              |                 |                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------------|---------------------------------------|
| <b>Quien solicita (colocar cargo y lo perfil del supervisor)</b><br>ROSA ELVIRA PULIDO- Líder Rehabilitación | <b>Fecha de la Solicitud</b>                                                                                                                       |              |                 | <b>Dependencia o sede:</b><br>KENNEDY |
|                                                                                                              | <b>Día</b> 8                                                                                                                                       | <b>Mes</b> 1 | <b>Año</b> 2019 |                                       |
|                                                                                                              | <b>Motivo de la solicitud (Marque con una X)</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Adición y Prorroga<br><input type="checkbox"/> No CONTRATO |              |                 |                                       |

|                                                               |      |                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------|------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Adición y Prorroga</b> <input checked="" type="checkbox"/> | 5975 | Formato documentos mínimos para celebrar contrato : Lista de Chequeo Persona Natural |
| <b>Adición</b>                                                |      |                                                                                      |
| <b>Prorroga</b>                                               |      |                                                                                      |
| <b>Reinicio</b>                                               |      |                                                                                      |

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

El área de Rehabilitación requiere garantizar el Apoyo en Hospitalización en la Subred Integrada de servicios de salud Sur Occidente ESE En concordancia con las obligaciones y actividades pactadas.

|                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------|
| <b>Descripción del servicio solicitado</b><br>TERAPEUTA RESPIRATORIA |
|----------------------------------------------------------------------|

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

|                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------|
| <b>PERFIL</b> TERAPEUTA RESPIRATORIA JOHANA ORTIZ SERRATO CC: 1030585537 |
|--------------------------------------------------------------------------|

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

|                               |                            |
|-------------------------------|----------------------------|
| <b>EXPERIENCIA: (En años)</b> | EN: TERAPEUTA RESPIRATORIA |
|-------------------------------|----------------------------|

**HABILIDADES:** Liderazgo - compromiso Institucional -Generador de confianza . Destreza en el desarrollo de sus actividades - Capacidad en :La comunicación, Toma de decisiones y en mantener magníficas relaciones interpersonales.

**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 (15 DIAS)</b> | <b>MONTO TOTAL (valor no debe registrarse en lapiz)</b> | Marque con una X según corresponda tipo de contrato | <b>VALOR UNITARIO(mes, hora, actividad)</b> | <b>CANTIDAD (meses, horas, actividades a contratar )</b> | <b>VALOR TOTAL</b> | Observaciones: Se realizar adición y prorroga por 15 días. |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------|------------------------------------------------------------|
|                                      |                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> MES             |                                             |                                                          | 0                  |                                                            |
|                                      |                                                         | <input type="checkbox"/> HORA                       | 15599                                       | 93                                                       | 1450707            |                                                            |
|                                      |                                                         | <input type="checkbox"/> ACTIVIDAD                  |                                             |                                                          | 0                  |                                                            |

**ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA**

Realizar los procedimientos, actividades e intervenciones diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidas dentro del plan integral de atención de cada paciente.Ejecución del plan individual de habilitación/rehabilitación, relacionadas con las actividades individuales y/o grupales definidas para el usuario ambulatorio u hospitalizado y de acuerdo a las características del servicio.Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de los registros clínicos de los pacientes.Participación en las actividades de revista, análisis de casos clínicos con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación/rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado,Informar al usuario, su familia o cuidador las actividades que debe seguir, al inicio de su proceso de habilitación/rehabilitación y posterior a la ejecución del plan de intervención o su egreso .Llevar registro de la atención de las 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 .Participar en la programación de las actividades de la Subred.Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente,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,Impartir instrucciones al personal relacionado con el manejo de los pacientes,Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad,Realizar las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio,Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención,Participación en la actualización e implementación de guías de manejo, protocolos y procedimientos requeridos en el servicio ,Informar las dificultades surgidas en el desarrollo del proceso de habilitación/ rehabilitación del usuario, así como los insumos, materiales y equipos necesarios para el desarrollo de las actividades,Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del área,Participación en investigación que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios,Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado,) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred Sur Occidente,Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato,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, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado,Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos,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.

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

|                                                                                                                                            |                                                                                                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br>ROSA ELVIRA PULIDO<br>Nombre y firma del Supervisor | <br>GLORIA AMANDA SALINAS PÍRAJAN<br>Director de Servicios Hospitalarios |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|