FICHA DE CONDICIONES TÉCNICAS ESENCIALES PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y/O ENTREGA DEL BIEN (FCT)	**Fecha**	10/07/2017

1. DENOMINACIÓN DEL BIEN O SERVICIO

Atención integral a personas de 29 años o más, habitantes de calle, con deterioro funcional en condición de dependencia física, mental o cognitiva, orientada al mejoramiento de la calidad de vida, la garantía de sus derechos y la promoción de su integración al entorno familiar, social y comunitario, a través de la promoción de su desarrollo personal y familiar, y el estímulo a su participación en redes institucionales de apoyo.

2. CÓDIGO ESTÁNDAR DE PRODUCTOS Y SERVICIOS DE NACIONES UNIDAS (UNSPSC, V.14.080)

SEGMENTO	FAMILIA	CLASE	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
85	10	15	00	Servicios integrales de salud

UNIDAD DE MEDIDA

Cantidad de personas atendidas mensualmente en cumplimiento de los estándares mínimos del servicio.

Nota: para efectos de medición, la Secretaria Distrital de Integración Social podrá solicitar desagregaciones de la información de acuerdo a variables de caracterización tales como género, edad, condición de dependencia: física, mental o cognitiva, No de atenciones al mes, entre otras)

4. DESCRIPCIÓN GENERAL

En el Centro de Atención para personas con *alta dependencia funcional*, se busca brindar atención especializada en un ámbito institucional a personas habitantes de calle con deterioro funcional en condición de dependencia física, mental o cognitiva, orientada al mejoramiento de su calidad de vida, la garantía de sus derechos, la promoción de su integración al entorno familiar, social y comunitario, mediante el cuidado calificado en búsqueda de la recuperación de hábitos, funcionalidad, autonomía e inclusión social cuando sea posible, en cada uno de los contextos individual, familiar y comunitario, mediante una atención interdisciplinar adelantada por un equipo técnico profesional y durante el tiempo que se requiera; con el cubrimiento de necesidades básicas que contemplan: alojamiento, alimentación, vestuario, elementos de aseo personal, dotación para las opciones ocupacionales, transporte y servicios funerarios en caso de requerirse.

La población objeto de atención presenta patologías crónicas asociadas al deterioro ocasionado por las conductas y la habitabilidad en calle, con la presencia de secuelas que evidencian alta dependencia, manifestadas en deterioro funcional y condición de dependencia física, mental o cognitiva, en estados como trastorno neurológico, trastorno amnésico, trastorno del estado de ánimo, condiciones clínicas relacionadas con secuelas de enfermedades cerebro vasculares,

DOCUMENTO NO CONTROLADO

secuelas de neuropatías periféricas, trastornos graves del movimiento, enfermedad de parkinson y parkinsonismo, secuelas de infecciones bacterianas y virales del Sistema Nervioso Central, Corea de Huntington, secuelas de neuro parasitosis, secuelas de neurosífilis, presencia del VIH-SIDA y sus complicaciones, toxoplasmosis, epilepsias, secuelas de Mielopatías agudas y crónicas, secuelas de Traumas Craneoencefálicos, amputaciones del cuerpo que requieran asistencia en Actividades Básicas Cotidianas (ABC), lesiones permanentes del sistema gastrointestinal, lesiones permanentes del sistema cardiorrespiratorio que requieran oxígeno permanente, por mencionar algunas.

Dados los niveles de deterioro funcional y la condición de dependencia física, mental o cognitiva, la población habitante de la calle objeto de esta atención, requiere de un lugar en modalidad internado comunidad de vida en donde reciba la atención necesaria para buscar la recuperación en la medida de lo posible de la funcionalidad y la autonomía en su proceso de inclusión socio familiar, por lo que el oferente debe garantizar su atención bien sea en un solo centro o en varios distribuidos en la ciudad, de acuerdo con sus disponibilidades, siempre y cuando los espacios disponibles sean de dedicación exclusiva para la población habitante de calle con alta dependencia funcional, en *Condición de dependencia física, mental o cognitiva.*

Aunado a lo anterior, y por las características descritas, para proveer este servicio se requiere un equipo de profesionales conformado por psicólogos, trabajadores sociales, terapistas ocupacionales, fisioterapeutas, nutricionistas, y en general todos aquellos idóneos para atender este tipo de problemáticas, en la cantidad que se requiera según los estándares internacionales (OMS), nacionales (Minsalud) o distritales (SDIS). Adicionalmente, y dadas las peculiaridades del servicio y el tipo de población al que está dirigido, el talento humano necesario para proveerlo debe ser garantía de probidad, ética y eficiencia; y el cotizante debe manifestar, que en virtud de la ejecución de un contrato de prestación de estos servicios, se compromete a vincular el talento humano requerido.

Se espera que la institución cuente con un coordinador general, y el apoyo administrativo (auxiliares), logístico (talleristas) y operativo (manipuladores de alimentos, auxiliares de servicios generales, etc.), suficiente para garantizar la operación continua de los servicios; quienes deben contar con la dotación adecuada y suficiente para asegurar la cobertura plena de riesgos laborales y enfermedades profesionales, y desempeñar diariamente sus actividades de acuerdo con las necesidades de la población.

Los fines de semana, incluyendo los días festivos, se debe garantizar que el servicio cuente con el personal de servicios generales y como mínimo el acompañamiento de un (1) profesional.[1] En estas jornadas los profesionales deberán realizar actividades propias de su área y en el marco de las actividades aquí descritas, El deterioro funcional y la condición de dependencia física, mental o cognitiva de la población habitante de la calle, requiere de un lugar en modalidad internado comunidad de vida en donde reciba la atención necesaria para buscar la recuperación en la medida de lo posible de la funcionalidad y la autonomía en su proceso de inclusión socio familiar. el referente profesional para atender las situaciones que se presenten en el Centro de Atención. Se deben garantizar turnos de Auxiliares de enfermería que cubran el servicio 24 horas. Se Podrá presentar como equipo adicional profesionales o talento humano que se considere pertinente siempre y cuando se justifique adecuadamente su inclusión.

[1]. Por necesidades del servicio y con el propósito de atender cualquier contingencia, se entiende que el equipo profesional está disponible 24 horas de domingo a domingo.

DOCUMENTO NO CONTROLADO

De manera general debe decirse que durante la eventual ejecución de un Contrato de prestación de servicios y al finalizar el mismo, el operador debe presentar los informes que se definen como parte del control a la prestación del servicio social.[2]

Se debe registrar mensualmente[3] cada uno de los procesos de intervención, con los soportes técnicos utilizados en el mismo, estudios de caso, visitas domiciliarias, historia social, historia psicológica, hojas de respuesta de pruebas aplicadas, Informes de evaluación, Planes de Compromiso y Corresponsabilidad Familiar y Social, entre otros; y debe adelantarse conjuntamente con todo el equipo, para garantizar la integralidad en la atención.

• 4.1. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DEL SERVICIO

Para el cumplimiento de su actividad misional relacionada con el tratamiento del fenómeno de la habitabilidad en calle, la Secretaría Distrital de Integración Social requiere dimensionar desde el punto de vista económico y técnico, los servicios que de iguales características se ofrecen en la ciudad, por lo que a continuación se detalla la forma en que ellos son prestados desde el ámbito institucional.

Criterios de identificación

1. Ser Habitante de calle en Bogotá: Persona sin distinción de sexo, raza o edad, que hace de la calle su lugar de habitación, ya sea de forma permanente por lo menos treinta (30) días continuos, o transitoria cuando haga uso de lugares especiales de alojamiento (instituciones públicas o privadas, paga diarios o lugares de consumo).[4]
2. 29 años en adelante.
3. Acceso voluntario a la modalidad y aceptación del pacto de convivencia.
4. No recibir ingresos por concepto de pensión.
5. Con afiliación al Régimen Subsidiado del Sistema de Salud.
6. Personas que requieran apoyos extensos y generalizados para su desempeño funcional en Actividades Básicas Cotidianas (ABC) y Actividades de la Vida Diaria (AVD), durante su habitabilidad en calle.

Los criterios de priorización:

1. Mujer y mujer gestante.
2. Persona de los sectores LGBTI.
3. Persona afro-descendiente (negro-a, raizal, palanquero-a), indígena y ROM.
4. La complejidad del diagnóstico clínico.
5. Personas en seguimiento por parte del equipo interdisciplinario de los Servicios Sociales de la SDIS.
6. Ser referenciado por la Red Distrital de Salud.
7. Persona víctima del conflicto armado.
8. Persona que ingresa por primera vez.

---

[2]. Los avances y el seguimiento al proceso de atención deben diligenciarse en los formatos definidos por la SDIS en el Proyecto 1108 “Prevención y Atención Integral del fenómeno de habitabilidad en calle”.

[3]. En aquellos casos que ameriten hacer el registro de forma inmediata, este será realizado como novedad y no se requiere esperar al seguimiento este se realizará por parte de equipo interdisciplinario con la revisión conceptual del área de coordinación.

[4]. Ajustada por SDIS a partir de la Ley 1641 de 2013 y la Sentencia C-385/14.

DOCUMENTO NO CONTROLADO

Antes de su incorporación definitiva al centro, el equipo del área de gestión en salud de la Subdirección para la Adultez se encargará del proceso de verificación de las condiciones de las personas habitantes de calle para certificar el cumplimiento de criterios de ingreso, asignación de cupo y la emisión de la orden de ingreso al Centro de Atención.

El programa comprende la formulación de un **plan de atención individual**,[5] que se constituye como la herramienta estratégica formulada a partir de los componentes, personal, familiar y comunitario, y que se construye siempre con la persona sujeto de atención (si el nivel de funcionalidad lo permite) teniendo en cuenta sus características, potencialidades y expectativas (según diagnóstico integral área de salud, trabajo social, terapia ocupacional y psicología) y el equipo interdisciplinario, y si es posible concertado con la familia o referente social, sustentado a través de la metodología de Estudio de Caso, en el que se formulan unas metas a alcanzar en un tiempo determinado a través de una serie de actividades a desarrollar de manera secuencial, que permitan el mejoramiento de su calidad de vida y posibilite su proceso de inclusión social.

Las intervenciones del Plan Individual deben ser registradas por el Equipo profesional del Asociado en un Formato de Seguimiento firmado por el profesional que atendió el caso, el que debe ser concertado con el equipo de apoyo a la supervisión. El Plan de Atención Individual comprende:

Mitigación y Reducción del Daño: desarrollo o mantenimiento de las competencias emocionales, adaptativas y ocupacionales que favorezcan el desarrollo integral del beneficiario y faciliten la integración al entorno familiar, social y comunitario. Involucra aspectos como comportamiento, emoción y autonomía, capacidad de adaptación, estrategias de afrontamiento, solución de problemas, procesos afectivos, sexualidad y valores, entre otros, y contempla temáticas como: Comunicación asertiva, tolerancia, afectividad, relaciones interpersonales, resolución de conflictos, sexualidad responsable y valores, para los participantes de funcionalidad alta y media y para los participantes con proyección de egreso se fortalecerá en temáticas de autoestima, auto control, auto concepto, autoconfianza.

Acompañamiento para la deshabituación del consumo de Sustancias Psicoactivas - SPA*:* para personas habitantes de calle que han ingresado al Centro de Atención y que además de su deterioro crónico funcional tienen antecedentes de consumo disfuncional o abuso de sustancias psicoactivas -SPA-. Se realiza mensualmente a través de psicoterapia grupal y su programación debe registrarse en la *matriz de programación mensual de terapias grupales*, y remitirse al Equipo de Apoyo a la Supervisión, quienes realizarán el seguimiento respectivo.

De otra parte, el **Programa de terapias complementarias** se constituye en un proceso de intervención sistemática, a través del cual se promueve en la población atendida, la exploración de sus sentimientos, transformación hacia cambios positivos en su estado de ánimo y en su estado emocional, a desarrollar un sentido de control de sus vidas a través de experiencias exitosas, aprender o poner en práctica habilidades para resolver problemas y conflictos y mejorar las habilidades de socialización.

El operador deberá presentar el plan de trabajo al equipo técnico de supervisión para implementar las terapias complementarias Musicoterapia, Danzoterapia y Estimulación

[5]. El Plan de Atención Individual se formulará para cada persona una sola vez durante su permanencia en el servicio; sin embargo, periódicamente se podrán hacer los cambios o ajustes necesarios, según los criterio del equipo profesional.

DOCUMENTO NO CONTROLADO

Multisensorial, en la intensidad horaria que el equipo profesional conceptúe de acuerdo con los resultados de la valoración.

Complementando con lo anterior, además se requiere otras terapias, tales como: apoyo espiritual, programa de competencias adaptativas, que comprende, habilidades cognitivas, habilidades sociales, habilidades prácticas, habilidades para el mantenimiento de entornos seguros y actividades de ocio libre.

En estos Centros se deberán desarrollar otras actividades de tipo recreativo, deportivo y cultural que promuevan el acondicionamiento físico y mental, que mantengan o desarrollen habilidades y competencias físicas de coordinación y equilibrio; y mentales de memoria, atención y concentración, que contribuyan al refuerzo de patrones fundamentales para su desarrollo. En todos los casos se debe garantizar la disponibilidad de los materiales e insumos necesarios para realizar las diferentes actividades. La prestación del servicio incluye la realización de *actividades extramurales*, a manera de espacios de integración y esparcimiento para la población, como estrategia terapéutica y como ejercicio de convivencia ciudadana. También se debe llevar a cabo una *actividad trimestral de expresión artística, deportiva o cultural* en la que participen todas las personas adultas para ser presentadas en los encuentros de familia, en los encuentros comunitarios y actividades de inclusión social articulada con la localidad o el municipio donde opere el Centro de Atención.

La atención a esta población incluye además los ejes transversales de inclusión social y de ejercicio de la ciudadanía los cuales se describen a continuación:

Eje Transversal Inclusión social: este programa tiene como propósito desarrollar las habilidades ocupacionales, a través del entrenamiento y la formación de competencias ocupacionales,[6] Se lleva a cabo, mediante la implementación de talleres teóricos – prácticos, de acuerdo con el perfil ocupacional de funcionalidad de las personas con discapacidad, tiene como finalidad inducir y motivar la participación permanente y deben implementarse en espacios previamente adaptados para la actividad de acuerdo con los requerimientos individuales. Los talleres ocupacionales dan herramientas para que la persona pueda incluirse a nivel social, laboral y/o familiar, por lo que se deben ejecutar tareas que la persona las desarrolle de manera individual hasta lograr un aprendizaje que facilite la identificación de un emprendimiento que conlleve a una generación de ingreso y motivaciones vitales de egresar al centro de desarrollo y cumplir su proyecto de vida.

Eje Transversal Ejercicio de la Ciudadanía: Promueve la restitución comunitaria, concediendo a la comunidad la capacidad de apoyo, activación, desarrollo, potenciación y resolución de problemas que atañen a todos sus miembros. En la intervención comunitaria[7] se hace visible la estrategia de participación en el tema de redes, donde la participación social, se determina por la búsqueda de intereses comunes, por generar lazos sociales y sinergias para la acción, mediante la constitución o transformación de las relaciones políticas, sociales y económicas, (gremios, medios de comunicación, el sistema educativo).

Los servicios constarán de etapas y actividades como de detalla a continuación:

DOCUMENTO NO CONTROLADO

---

[6]. Conjunto de atributos referentes a educación, habilidades, formación y experiencia necesarios para ejercer una labor y resolver problemas de forma autónoma y flexible, contribuyendo al logro de los objetivos". Gestión por competencias: un nuevo enfoque de abordaje de terapia ocupacional desde la funcionalidad (Cubillos Hernández).

[7]. Las estrategias basadas en el enfoque comunitario, tienden fundamentalmente al fortalecimiento del lazo social promoviendo nuevos aprendizajes a partir de una práctica social diferente

<u>Etapa 1</u>. **Caracterización**:

Tiene como propósito establecer el perfil de todas las personas potenciales beneficiarias de los servicios, de acuerdo con las potencialidades, habilidades y destrezas de quienes ingresan por primera vez al mismo, de tal manera que la formulación del Plan de Atención Individual responda a sus condiciones particulares y específicas. Para realizarla, en la primera semana de ingreso de la persona al Centro de Atención, el equipo profesional iniciará el diligenciamiento de la información del participante en una matriz de caracterización que se acordará con el equipo de soporte a la supervisión, que tiene además la finalidad de ayudar a consolidar informes sociodemográficos y de tendencia para la toma de decisiones y que deberá ser completada en el transcurso del tiempo según se obtenga la información correspondiente en las distintas variables. Tal matriz deberá ser entregada *al equipo de apoyo* a la Supervisión cuando este la solicite.

Además de la matriz, es necesario elaborar y entregar un informe de adaptación, normalmente después de transcurrido el primer mes de estadía en el centro de atención. Ese informe deberá dar cuenta del avance en el cumplimiento de las estrategias formuladas por el equipo interdisciplinario del centro de atención, para que la persona que accede al mismo se adapte al contexto institucional, a las normas y reglas establecidas, en el marco de un escenario amable y agradable que genere seguridad, tranquilidad y sentido de pertenencia a la población que inicia su proceso de atención; informes periódicos de evaluación, a partir del segundo mes; y un Plan de Trabajo que deberá ser aprobado por el equipo de soporte a la supervisión.

<u>Etapa 2.</u> Formulación del Plan de Atención Individual.

Se formulará para cada persona una sola vez durante su permanencia en el servicio; sin embargo periódicamente se revisará y se ajustará de ser necesarios, según los avances del sujeto de atención y el criterio del equipo profesional.

El plan de atención individual, se entiende como una herramienta estratégica formulada a partir de los componentes, personal, familiar y comunitario, que se construye siempre con la persona sujeto de atención (si el nivel de funcionalidad lo permite) teniendo en cuenta sus características, potencialidades y expectativas (según diagnóstico integral área de salud, trabajo social, terapia ocupacional y psicología) y el equipo interdisciplinario, y si es posible concertado con la familia o referente social, sustentado a través de la metodología de Estudio de Caso y debe ser presentado el tercer mes de ejecución, en él se formularán unas metas a alcanzar en un tiempo determinado a través de una serie de actividades a desarrollar de manera secuencial, que permitan el mejoramiento de su calidad de vida y posibiliten su proceso de inclusión social.

<u>Etapa 3.</u> Formulación del Plan de Corresponsabilidad Familiar y Social:

Una vez formulado el Plan de Atención Individual y de acuerdo con la identificación de su red familiar y a su nivel corresponsabilidad, se deberá definir un Plan de atención de salida a medio familiar o social, el cual debe responder a las condiciones, características y expectativas de cada persona y su familia. Para la formulación del Plan de Corresponsabilidad familiar, el trabajador social debe realizar una visita domiciliaria a la familia o referente social con el propósito de:

a) Identificar las características y condiciones de la vivienda, reconociendo los espacios y su entorno.
b) Identificar la dinámica familiar, sus potencialidades y las expectativas de la familia frente al desempeño de la persona al interior del hogar.
c) Concertar un encuentro en el Centro de Atención con cada una de las familias identificadas

DOCUMENTO NO CONTROLADO

para socializar el Plan de Atención Individual y el Plan de corresponsabilidad familiar y social.

Para la población antigua en el servicio, se deberán realizar los ajustes al Plan de Atención Individual, al plan de corresponsabilidad familiar y social, de acuerdo con los avances evolutivos en el proceso individual.

5. NORMATIVIDAD APLICABLE (específica para el servicio y/o bien)

NORMA	CONCEPTO
Constitución Política de Colombia	Cuando la **Constitución Política de Colombia** establece los principios fundamentales de la Nación Colombiana; asegura el servicio a la comunidad y la promoción de la prosperidad general y garantiza la efectividad de los principios y deberes consagrados, asegurando así el cumplimiento de los deberes sociales del Estado y de los particulares; de igual forma, al reconocer que todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, preceptúa que ellas recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica; y al cumplir con los mandatos constitucionales, el Estado promueve las condiciones de igualdad entre todos sus conciudadanos.
Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas para Bogotá D.C. 2016 – 2020 "Bogotá mejor para todos"	Los Pilares y Ejes Transversales del Plan Distrital de Desarrollo, prevén la intervención pública para atender prioritariamente a la población más vulnerable, de forma tal que se logre igualdad en la calidad de vida, se materialice el principio constitucional de igualdad de todos ante la ley y se propicie la construcción de comunidad a través de la interacción de sus habitantes para realizar actividades provechosas y útiles para ellos mismos y para la sociedad.
Ley 1641 de 2013	Se establecen los lineamientos para la formulación de la política pública social para habitantes de la calle, dirigidos a garantizar, promocionar, proteger y restablecer los derechos de estas personas con el firme propósito de lograr su atención integral, rehabilitación e inclusión social. Mediante la generación de estrategias, mecanismos y acciones de corresponsabilidad entre la sociedad, la familia y el Estado para disminuir la tasa de habitabilidad en calle.
Resolución 0764 de 2013	Criterios de identificación priorización restricciones por simultaneidad y egreso.
Decreto 560 del 21 diciembre de 2015	La ciudad adopta la Política Pública Distrital para el Fenómeno de Habitabilidad en Calle,[8] orientada a la promoción, protección, restablecimiento, garantía y realización de los derechos de las Ciudadanas y los Ciudadanos en esa condición.

[8]. Conjunto de valores y decisiones enfoques y derechos para que en el marco de los convenios que existan o se firmen para el fortalecimiento de la gestión en los territorios.

DOCUMENTO CONTROLADO

6 LUGAR DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

Para la ejecución de estas actividades se recomienda la ciudad de Bogotá, D.C. Si el potencial oferente puede ejecutarlos en inmuebles fuera de la ciudad de Bogotá, estos solo podrán estar ubicados dentro del Departamento como área de influencia, así:[9]

Al oriente: hasta Caqueza o Choachi; Al sur: hasta Chinauta, la Mesa o Mesitas; Al occidente: hasta Facatativá o la Vega; Al norte: hasta Zipaquirá o Villa Pinzón

7 PLAZO DE EJECUCIÓN

Un año

8 FORMA DE PAGO DEL VALOR DEL CONTRATO

Mes vencido

9 ANEXOS

Anexo N° 1 Perfiles mínimos sugeridos para la prestación del servicio

10 ACEPTACIÓN CUMPLIMIENTO DE REQUERIMIENTOS TÉCNICOS

Señor proveedor o contratista potencial: Al remitir cotización y/o propuesta, usted está aceptando que la misma cumple con la totalidad de los requerimientos incluidos en el presente documento y que incluye la totalidad de costos y gastos, directos e indirectos, así como los impuestos, asociados a la ejecución del contrato. Así mismo, que en caso de resultar adjudicatario del proceso de selección correspondiente, podrá prestar el servicio y/o entregar el bien, con las condiciones técnicas descritas en el presente documento.

DOCUMENTO NO CONTROLADO

[9]. En caso de una eventual contratación el oferente deberá adjuntar concepto técnico emitido por la oficina de planeación del municipio donde se garantice que el predio no se encuentre en zonas de riesgo de inundación alta o remoción de masa alta, no mitigables y que el uso de suelo es permitido para desarrollar el servicio.

ANEXO No 1

Perfiles mínimos sugeridos para la prestación del servicio

Cargo	Cantidad	Jornada de Prestación del Servicio	PERFIL
Coordinador-a de Centro	1	Tiempo Completo	Profesional en Ciencias Sociales, Ciencias Humanas, Ciencias Políticas, Ciencias de la educación, Ciencias de la Salud, Ciencias económicas e ingenieríasT+ 1 año de experiencia laboral
Apoyo Administrativo/ Referente SIG	1	Medio Tiempo	Titulo Bachiller + 1 año y seis meses de experiencia laboral
Psicóloga-o	1	Tiempo Completo	Titulo Profesional + 0 meses de experiencia laboral
Trabajador-a Social	1	Tiempo Completo	Titulo Profesional + 0 meses de experiencia laboral
Terapeuta Ocupacional	1	Tiempo completo	Titulo Profesional + 0 meses de experiencia laboral
Fisioterapeuta	1	Tiempo completo	Titulo Profesional + 0 meses de experiencia laboral
Nutricionista	1	Medio Tiempo	Titulo Profesional + 0 meses de experiencia laboral
Ingeniera-o Agrónomo	1	Medio tiempo	Titulo Profesional + 0 meses de experiencia laboral
Auxiliar de Enfermería	9	Tiempo Completo	Titulo Bachiller + 24 meses de experiencia laboral
Tallerista – instructor laboral	2	Tiempo Completo	Titulo Bachiller + 1 año y seis meses de experiencia laboral
Servicios Generales - Tiempo Completo	4	Tiempo Completo	Titulo Bachiller + 0 meses de experiencia Laboral
Manipulador de Alimentos / Cocina - Tiempo Completo	4	Tiempo Completo	Titulo Bachiller + 0 meses de experiencia Laboral

DOTACIÓN

TALENTO HUMANO	DESCRIPCION	CANTIDAD	FRECUENCIA DE ENTREGA
Enfermeras y Profesionales Interdisciplinarias	Traje anti fluidos dos piezas (con logos y colores, de conformidad con el manual de imagen visual)	**14**	A convenir
Servicio de cosina y manipuladores de alimentos	Petos plásticos.	8	A convenir
Tallerista e Ingeniero Agrónomo	Overol tipo piloto (con logos y colores, de conformidad con el manual de imagen visual)	3	A convenir

DOCUMENTO NO CONTROLADO