Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN TALENTO HUMANO
FORMATO NECESIDAD DE PERSONAL

CÓDIGO: AP-TH-FT-012
VERSIÓN: 03
FECHA: 2017-05-24

FECHA	2018	06	20

1. INFORMACIÓN DE LA DEPENDENCIA SOLICITANTE

UNIDAD SOLICITANTE	PROCESO: (area- servicio o dependencia)	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA SOLICITUD	CARGO U OBJETO DEL CONTRATO DEL RESPONSABLE DE LA SOLICITUD
GESTION INTEGRAL DEL RIESGO	DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO	ANA MARGARET RABA SIERRA	DIRECCION TECNICA GESTION INTEGRAL DEL RIESGO COD 05 GRAD 09

2. REQUISITOS DEL PERFIL PARA EL DESARROLLO DEL OBJETO CONTRACTUAL SOLICITADO

ACTIVIDAD SOLICITADA	PROFESIÓN U OFICIO	NIVEL EDUCATIVO	TIEMPO DE EXPERIENCIA
AUXILIAR DE ENFERMERA	AUXILIAR DE ENFERMERA	TECNICO	(1) UN AÑO

3. VALOR HONORARIOS

VALOR HORA	NRO HORAS PROMEDIO MES	HONORARIOS FIJOS
$ 7.600	186	$ 1.413.600

4. INFORMACIÓN SOBRE EL CONTRATO

OBJETO
PRESTAR SUS SERVICIOS PERSONALES DE APOYO, EN SU CONDICIÓN DE TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA REALIZAR BUSQUEDA ACTIVA DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCION EN SALUD, NOTIFICAR Y GARANTIZAR EL SEGUIMIENTO A LA NOTIFICACION, LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES EN LOS PROCESOS DE GESTIÓN AMBULATORIA Y RIESGO, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

DURACIÓN: 1 (UN) MES

JUSTIFICACION:
SE REQUIERE TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL FORTALECIMIENTO DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCION EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS:
Ejecutar las acciones propias de su objeto contractual según plan de trabajo y cronograma de actividades, el cual deberá ser aprobado previamente por el supervisor, Realizar diariamente la búsqueda activa de los eventos de interés en salud pública y de infecciones asociadas a la atención en salud – en los diferentes servicios de las diferentes unidades de la Subred Centro Oriente, Realizar ronda en las diferentes unidades, revisión de reporte microbiológicos junto con Infectología y/o epidemiologia,Identificar casos sospechosos de IAAS e iniciar investigación de caso individual,Solicitud a archivo y revisión de historias clínicas completas de casos sospechosos de IAAS, Diligenciar formato individual de IAAS con la identificación de factores de riesgo exógenos y endógenos,Apoyo permanente en fase rápida de investigación de brotes de IAAS (medidas de controles iniciales), y fase lenta (operación de medidas), Revisión diaria de la evolución clínica y órdenes de los pacientes en seguimiento por caso sospechoso, probable y confirmado de IAAS., Visitar diariamente al laboratorio clínico para realizar seguimiento a los cultivos y aislamientos microbiológicos, realizar retroalimentación de IAAS confirmadas, Tabulación, consolidación y actualización de bases de datos de pacientes con IAAS confirmadas descartadas y extra institucionales, Participación en análisis de casos de IAAS con Infectología, Diligenciar ficha de notificación a SIVIGILA de infecciones asociadas a dispositivos,Seguimiento a la evolución de pacientes con aislamientos microbiológicos de interés epidemiológico, Participación en jornadas de capacitación, educación continuada al personal en temas inherentes cuando se requiera y acompañamiento de entes externos en las unidades en las actividades programadas con sus respectivos soportes e informes, Participación como personal de apoyo en medición e implementación en el plan de capacitación (inducción, re inducción), en temas asociados a estrategia multimodal de higiene de manos,Apoyar la construcción de la línea de base y seguimiento de indicadores de higiene de manos como parte fundamental de una atención segura, Realizar verificación visual de la adherencia y técnica de higiene de manos en los diferentes servicios, hacer retroalimentación en quienes se detectan oportunidades de mejoramiento,Vigilar que se brinden herramientas e insumos para exigir al personal el cumplimiento de la estrategia multimodal,Supervisión de adherencia de normas del manual de bioseguridad con la respectiva retroalimentación, Revisar el cumplimiento de las precauciones de aislamiento, señalización respectiva, uso adecuado de barreras de protección, control de diseminación de microorganismos, así mismo la identificación de casos, Consolidación de la base de datos por área, unidad e individual con su respectiva notificación a la Secretaría Distrital de Salud mensual con plan de acción de cada unidad ,Informar sobre los casos sospechosos, probables, confirmados y demás novedades que se encuentren en la ronda diaria verificando el respectivo diligenciamiento de la ficha en salud pública, Diligenciamiento diario del formato de factor de riesgo asociado a dispositivos en las unidades de cuidado intensivo adulto, pediátrico y neonatal, Verificación semanal de paquetes de medidas catéter central, catéter urinario y ventilación mecánica dispositivos en las unidades de cuidado intensivo adulto, pediátrico y neonatal, Apoyar a la Entidad en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales de las veinte nueve (29) unidades de servicios de salud de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, Responder por los elementos entregados para el desarrollo de las actividades asignadas.

NOTA: Todos los campos son de obligatorio diligenciamiento, en caso contrario será devuelta la solicitud. Las firmas deben ser recogidas en el siguiente orden: Responsable del requerimiento, Profesional Especializado de Talento humano, Subgerente y Ordenador del gasto

5. APROBACION DE LA SOLICITUD

FIRMA RESPONSABLE	REVISO: SUBGERENTE	
DIRECTORA TECNICA GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD-ANA MARGARET RABA SIERRA CARGO Y NOMBRE	CARGO Y NOMBRE	FIRMA ORDENADOR DEL GASTO

El suscrito Director Operativo del área de talento humano certifica que en la planta de personal de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, no cuenta con el personal suficiente y/o requerido para el desarrollo de las actividades y objeto señalados en la presente solicitud.

Director Operativo de Talento Humano

6. ESPACIO EXCLUSIVO PARA EL ÁREA DE CONTRATACIÓN

CERTIFICACIÓN

RECIBIDO POR:		FECHA DE RECEPCIÓN	AÑO	MES	DIA
CARGO		CONSECUTIVO CONTRATACIÓN			

7. IDENTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD

[ ] NUEVO

[X] REEMPLAZA A: JENNY GARCIA 52.899.380 planta → Reubicación → Asistencial - Sin Plaza

[ ] NOVEDAD POR:

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN TALENTO HUMANO
FORMATO LISTA DE CHEQUEO INGRESO PERSONAL OPS

CÓDIGO: AP-TH-FT-013
VERSIÓN: 05
FECHA: 2017-11-08

A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA

PROCESO SOLICITANTE:		FECHA:		Nº FOLIOS:	
NOMBRE DEL CANDIDATO:	Camila Barral Barral	DOCUMENTO:	1024586564		
TELEFONO:		ACTIVIDAD SOLICITADA:			

NINGUNA PERSONA SE ENCUENTRA AUTORIZADA PARA INICIAR ACTIVIDADES SIN HABER SUSCRITO PREVIAMENTE EL CONTRATO (FIRMA DE LAS DOS PARTES).

TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS DEBEN SER PRESENTADOS EN FISICO

B. DOCUMENTOS DE LA ENTIDAD PARA SOLICITUD DEL CONTRATO

1	NECESIDAD DE PERSONAL OPS		
2	SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL		
3	CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	SI ☐	NO ☐

C. DOCUMENTOS PERSONALES PARA ELABORACIÓN DEL CONTRATO

1	SOPORTE INSCRIPCIÓN SECOP II	SI ☑	
2	FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	SI ☑	
3	DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	SI ☑	
4	DIPLOMAS ACADÉMICOS	SI ☐	N/A ☑
5	ACTAS DE GRADO DE CADA TÍTULO ACADÉMICO	SI ☐	N/A ☑
6	CERTIFICACIONES DE CURSOS FORMALES E INFORMALES	SI ☐	NO ☑
7	SI ES TITULO DEL EXTRANJERO, RESOLUCIÓN DE CONVALIDACIÓN DE TITULO ANTE MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL / ICFES. (Res. 06950 del 15 de mayo de 2015)	SI ☐	N/A ☑
8	FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA DE TITULOS ACADÉMICOS (Técnicos, Tecnólogos, Profesionales)	SI ☑	N/A ☐
9	CERTIFICADOS LABORALES REGISTRADOS EN FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA	SI ☑	N/A ☐
10	FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA AMPLIADA AL 150%	SI ☑	
11	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT: CÓDIGO CIIU 8692 FECHA _____	SI ☑	
12	REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT	SI ☑	
13	LIBRETA MILITAR (Hombres)	SI ☐	N/A ☑
14	TARJETA PROFESIONAL	SI ☐	N/A ☑
15	RESOLUCION EXPEDIDA POR SECRETARIA DE SALUD (DISTRISTAL O DEPARTAMENTAL) - (Personal en Salud)	SI ☑	N/A ☐
16	CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN RETHUS (Personal de salud)	SI ☑	N/A ☐
17	ANTECEDENTES ÉTICO PROFESIONALES DISCIPLINARIOS (Medicina, Enfermería, Odontología, Derecho, Ingenierías, Contaduría, Administración)	SI ☐	N/A ☑
18	CARNÉ DE VACUNAS DE HEPATITIS B (Personal Asistencial) - Mínimo tres dosis vigentes (0 / 1 mes/ 6 meses /1 año - 10 años de vigencia) Y/O O TITULACIÓN (reactiva)	SI ☑	N/A ☐
19	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (Vigencia no mayor a 3 años - Dec. 723/2013)	SI ☑	
20	CARNÉ DE RADIOPROTECCIÓN (Personal expuesto a Radiaciones Ionizantes) - Vigencia 4 años	SI ☐	N/A ☑
21	CERTIFICADO SOPORTE VITAL BÁSICO (Enfermería, Auxiliar de Enfermería, Auxiliar Ambulancias)	SI ☐	N/A ☑
22	CERTIFICADO SOPORTE VITAL AVANZADO (Médicos Urgencias, atención ambulatoria SPA, salud mental y personal APH)	SI ☐	N/A ☑
23	CERTIFICADO PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia - Camilleros)	SI ☐	N/A ☑
24	LICENCIA DE CONDUCCIÓN (Conductores)	SI ☐	N/A ☑
25	ESTADO DE MULTAS (Conductores administrativos y ambulancia)	SI ☐	N/A ☑
26	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL (SARLAF) - Completamente diligenciado	SI ☑	
27	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS - NOMBRE: _____	SI ☑	
28	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN - NOMBRE: _____	SI ☑	
29	FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES - NOMBRE: _____	SI ☑	
30	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES - PROCURADURÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☑	
31	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES FISCALES - CONTRALORÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☑	
32	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PERSONERÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☑	
33	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☑	
34	CERTIFICACION BANCARIA (Debe contener nombre, N° de documento y N° de cuenta)	SI ☑	

D. VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

V°B° Proceso Solicitante:		Fecha:	
V°B° Talento Humano:	JOSE A. MORALES	Fecha:	02/08/2018
V°B° Contratación:		Fecha:	