Carlos Mauricio Diaz
79304069
PS1675

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: 04**
**FECHA: 2018-07-10**

| FECHA | 2018 | 07 | 23 | |
|---|---|---|---|---|

## 1. INFORMACIÓN DE LA DEPENDENCIA SOLICITANTE

| UNIDAD SOLICITANTE | PROCESO: (area- servicio o dependencia) | NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA SOLICITUD | NÚMERO DE PERSONAS REQUERIDAS | PERFIL U OBJETO DEL CONTRATO DEL RESPONSABLE DE LA SOLICITUD |
|---|---|---|---|---|
| CANDELARIA | CONSULTA EXTERNA | AYDA CLARITZA PEREZ HERRAN | 1 | ORTODONCISTA |

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

| ACTIVIDAD SOLICITADA | PROFESIÓN U OFICIO | NIVEL EDUCATIVO | TIEMPO DE EXPERIENCIA |
|---|---|---|---|
| ORTODONCISTA | ORTODONCISTA | PROFESIONAL | 0 a Un (1) año |

## 3. VALOR HONORARIOS

| VALOR HORA | NRO HORAS PROMEDIO MES | HONORARIOS FIJOS |
|---|---|---|
| | | $ 1.000.000 |

## 4. INFORMACIÓN SOBRE EL CONTRATO

**OBJETO:** PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICIÓN DE ESPECIALISTA EN ORTODONCIA, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS DIFERENTES SERVICIOS CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

**DURACIÓN:** Un (1) Mes

**JUSTIFICACION:** La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., presta servicios de salud cumplientdo con criterios de calidad (oportunidad, accesibilidad, continuidad,pertinencia y seguridad) acorde con la Ley 100 de 1993, Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011 y la Ley 1751 de 2015, las cuales tienen como fin primordial grarantizar la adecuada prestacion de los servicios de salud a los usuarios. Con el proposito de dar cumplimiento a las funciones encomendadas por ley, la Subred adeelanta los procesos contractuales respectivos con el fin de coadyudar al cumplimiento de la mision institucional. En atencion a lo anterior se requierer la contratacion de personal tecnico laboral y profesional para dar continuidad al desarrollo de los procesos asistenciales con criterios de calidad y poder cumplir con los convenios y contratos suscritos con las diferentes entidades responsables de pago.

**OBLIGACIONES ESPECÍFICAS:** 1. Prestar el servicio contratado en las instalaciones que disponga el contratista 2. Fomentar en los pacientes hábitos que demande una buena salud oral 3. Contar con materiales de calidad y con tecnología que permita realizar trabajos óptimos 4. Mantener el instrumental y materiales necesarios para la prestación de los servicios 5. Encargarse de los materiales, el instrumental, las fotocopias suficientes de historias clínicas, carnet de citas y hojas de diagnostico 6. Contar con las guías de atención de la especialidad en forma física y magnética 7. Cumplir con la resolución 1995 de 1999, con lo relacionado al manejo de historias clínicas, así como a toda la normatividad vigente relacionada 8. Cumplir con la resolución 2003 de 2013, con lo relacionado al Sistema único de Habilitación, así como a toda la normatividad vigente relacionada 9. Garantizar y sufragar con todos los gastos en los cuales se incurra en el tratamiento de ortodoncia 10. Garantizar la finalización del tratamiento de ortodoncia, siempre y cuando el paciente cumpla con las citas propuestas 11. Cumplir con el plan de trabajo propuesto y aceptado por el Hospital 12. Presentar dentro de los dos (2) primeros días hábiles de cada mes el informe de gestión en el instrumento definido por el Hospital y anexo al desarrollo de estas actividades 13. Realizar todas aquellas obligaciones inherentes a la ejecución del contrato como a la prestación de los servicios 14. Entregar mensualmente cuenta de cobro a la institución, donde se relacione el número de factura generado al asegurador, Nombre de usuario, documento de identidad, procedimiento realizado, valor del procedimiento cobrado a la institución 14. La forma de pago es por evento pago de porcentaje, acorde a la venta de servicios 70% para el profesional y el 30% de lo realizado para el Hospital.

**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

**AYDA CLARITZA PEREZ HERRAN**
**FIRMA RESPONSABLE**

**GUILLERMO RUBIO GUIZA**
**Jefe de Oficina y/o Director Administrativo y/o Asistencial**

**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

| | | |
|---|---|---|
| [X] **NUEVO:** | 1. PLAN DE ADQUISICIONES PENDIENTE POR CONTRATAR: SI [X] NO [ ]<br>2. CONVENIO_____ | |
| [ ] **REEMPLAZA A:** | **NOMBRE:**<br>**CÉDULA:**<br>**NÚMERO DE CONTRATO:** | VoBo Presupuesto (Liberación de saldo) / VoBo Contratación (Presentacion novedad) |
| [ ] **NOVEDAD POR SITUACIÓN ADMINISTRATIVA DE PERSONAL DE PLANTA:** | | |

N1164

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: | Carlos Mario Diaz | | DOCUMENTO: | 79304669 | |
| 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 0682 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 (reactivx) | 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: Medimas | SI ☑ | |
| 28 | CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN - NOMBRE: Porvenir | SI ☑ | |
| 29 | FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES - NOMBRE: SURA | 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, Nº de documento y Nº de cuenta) | SI ☑ | |

## D. VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

| | | | |
|---|---|---|---|
| Vº/Bº Proceso Solicitante: | | Fecha: | |
| Vº/Bº Talento Humano: | JOSE A MORALES | Fecha: | 01/03/2018 |
| Vº/Bº Contratación: | | Fecha: | |