3153

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios
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 | 09 | 05 |
|---|---|---|---|

## 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 |
|---|---|---|---|---|
| RUU | Participacion Comuntaria y Servicio al Ciudadano | Marcela Castellanos Cabrera | 13 | Jefe de Oficina Participacion Comuntaria y Servicio al Ciudadano |

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

| ACTIVIDAD SOLICITADA | PROFESIÓN U OFICIO | NIVEL EDUCATIVO | TIEMPO DE EXPERIENCIA |
|---|---|---|---|
| Auxiliar en Atencion al Usuario | Auxiliar de Enfermeria | Técnico | Sin Experiencia |

## 3. VALOR HONORARIOS

| VALOR HORA | NRO HORAS PROMEDIO MES | HONORARIOS FIJOS |
|---|---|---|
| | | $ 1.410.000 |

## 4. INFORMACIÓN SOBRE EL CONTRATO

**OBJETO:** PRESTAR SERVICIOS DE APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA, PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DEL PROGRAMA RUTA DE LA SALUD, EN EL PROCESO DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

**DURACIÓN:** (1) Mes

**JUSTIFICACION:** Se hace necesario la contratación de auxiliares de enfermeria para el proceso Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., con el fin de realizar funciones que permitan incidir positivamente en la prestación del servicio Ruta de la Salud suscrito con el Fondo Financiero Distrital, disminuyendo barreras de acceso económicas y geográficas a los servicios de salud de la población vulnerable que habita los territorios de las localidades que hacen parte de la Subred Centro Oriente, como lo son los Mártires, Candelaria, Santa Fe, Antonio Nariño, Rafael Uribe Uribe y San Cristóbal.

**OBLIGACIONES ESPECIFICAS:**
1. Realizar proceso de sensibilización, orientación, registro y aplicación de encuestas, durante los traslados a las diferentes USS de la Subred de acuerdo a las indicaciones y compromisos establecidos con la coordinación del programa.
2. Confirmar los datos y documentación de los usuarios antes de realizar el traslado de una Unidad de Servicios de Salud a otra, verificando si cumplen con los criterios de uso del programa registrando y consolidando diariamente el informe en las planillas de traslados.
3. Recoger a los usuarios en las unidades de servicios de salud de la subred y lugares asignados, apoyando en el ascenso y descenso del vehículo a los usuarios con limitación de movilidad física mediante ayudas técnicas (ramplas).
4. Cumplir con los planes, digitación y demás actividades acorde al procedimiento Ruta de la Salud, desde las diferentes USS de la Subred.
5. Atender a la población beneficiaria que hace uso del servicio ruta de la salud, en caso de presentarse alguna anomalía que requiera atención de primer respondiente en su condición de auxiliar de enfermeria.
6. Asistir a reuniones programadas con la jefatura de la oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano, coordinación del programa de la Ruta de la Salud de la Subred Centro Oriente y demas a las que sean citadas.
7. Reportar novedades a la coordinación sobre situaciones que se presenten en las USS o durante los traslados a los centros de salud, de igual modo informar con antelación no inferior a 15 dias la solicitud de terminación o suspensión del contrato.
8. Vestir adecuadamente la dotación suministrada y portar el carnet institucional, asi mismo responder y hacer uso racional del equipo de comunicación (Celular corporativo).
9. Desarrollar las actividades para el fortalecimiento de la organización y operación de la ruta de la salud, entre redes integradas de servicios de salud en el marco del convenio interadministrativo Ruta de la Salud entre el FFDS y la Subred integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.
10. Las demás que designe el supervisor del contrato.

**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 | FIRMA RESPONSABLE |
|---|---|
| **Dra. Marcela Castellanos Cabrera**<br>**Jefe de Oficina de Participación Comuntaria y Servicio al Ciudadano**<br>**Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente** | **Dr. Luis Fernando Pineda Avila**<br>**Subgerente de Servicios de Salud**<br>**Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente** |

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 [ ] NO [ ] | |
| | 2. CONVENIO: Ruta de la Salud Convenio Interadministrativo | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| [ ] **REEMPLAZA A:** | **NOMBRE:**<br>**CEDULA:**<br>**NUMERO DE CONTRATO:** | Daniela<br>VoBo Presupuesto (Liberación de saldo) | VoBo Contratación (Presentación novedad) |
| [ ] **NOVEDAD POR SITUACIÓN ADMINISTRATIVA DE PERSONAL DE PLANTA:** | | | |

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: | Ruta de la | FECHA | | Nº FOLIOS | |
| NOMBRE DEL CANDIDATO | Johanna M. Real A. | | DOCUMENTO: | 52.890647 | |
| TELEFONO | 3214100449 | | ACTIVIDAD SOLICITADA: | Aux Enfermería | |

**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 2691 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) V/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: Compensar | SI ☑ |
| 28 | CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN - NOMBRE: Porvenir | SI ☑ |
| 29 | FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES - NOMBRE: Bolivar | 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

| | | | |
|---|---|---|---|
| V°B° Proceso Solicitante: | | Fecha: | |
| V°B° Talento Humano: | Monica Florez MF | Fecha: | 13 Agosto 2018 |
| V°B° Contratación: | | Fecha: | |