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

| FECHA | 2018 | 09 | 06 | |
|---|---|---|---|---|

## 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 |
|---|---|---|---|---|
| VICTORIA | ENFERMERIA | SANDRA PATRICIA LEON CACERES | 1 | ENFERMERA |

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

| ACTIVIDAD SOLICITADA | PROFESIÓN U OFICIO | NIVEL EDUCATIVO | TIEMPO DE EXPERIENCIA |
|---|---|---|---|
| AUXILIAR DE ENFERMERIA | AUXILIAR DE ENFERMERIA | TECNICO | 0 - 2 AÑOS |

## 3. VALOR HONORARIOS

| VALOR HORA | NRO HORAS PROMEDIO MES | HONORARIOS FIJOS |
|---|---|---|
| $ 8.470 | 230 | |

## 4. INFORMACIÓN SOBRE EL CONTRATO

**OBJETO:** Prestar sus servicios de manera personal y autonoma, en su condición de tecnico en Auxiliar de Enfermeria para la ejecución de actividades asisteciales en los procesos de Gestión de Servicios Complemetarios, conforme a las necesidades de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

**DURACIÓN:** 1 mes

**JUSTIFICACION:** Con el objetivo de garantizar las prestación de servicios de salud tanto Ambulatorios, como Urgencias y Hospitalarios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.; de acuerdo a os servicios debidamente habilitados y ofertados por la unidad segun la capacidad instalada y la demanada de usuarios, propendiendo por la cobertura de los servicios en un marco de calidad eficiencia y efectividad.

**OBLIGACIONES ESPECÍFICAS:**

1. Recibir y entregar turno de acuerdo al protocolo de recibo y entrega de turno, permitiendo dar continuidad al tratamiento y atención del usuario
2. Controlar los signos vitales de cada uno de los pacientes asignados con la periodicidad requerida según orden médica y de la Enfermera, informando al medico y enfermera las alteraciones encontradas y registrándolos en la historia clínica digital.
3. Orientar y preparar a los pacientes para exámenes diagnóstico de acuerdo con los protocolos de manejo y tecnología requerida. Según normas establecidas para cada procedimiento.
4. Realizar actividades propias del cuidado de enfermería previniendo acciones inseguras en la prestación de servicios de salud.
5. Notificar inmediatamente las acciones inseguras ocurridos a sus pacientes al médico de turno, jefe inmediato y en el aplicativo dispuesto para ello.
6. Informar a la enfermera jefe del servicio y médico tratante, sobre los cambios del estado clínico de los pacientes en forma oportuna y adecuada.
7. Revisar la Historia clínica de los pacientes asignados conociendo su evolución diaria, tratamiento, para realizar el plan de cuidado de enfermería integral del paciente.
8. Mantener limpio y ordenado la unidad de los pacientes asignados durante el turno.
9. Realizar registros clínicos en forma oportuna, diligenciando todas las casillas correctamente y dando cumplimiento a la resolución 1995/1999
10. Generar actitudes y prácticas saludables, fortaleciendo el trabajo en equipo.
11. Cumplir las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiológica, gestión ambiental, salud ocupacional y demás políticas Institucionales.
12. Responder por los inventarios conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos, al igual que el cuidado de la infraestructura del servicio y/o área donde se encuentre desarrollando las actividades.
13. Mantener organizadas las Historias Clínicas de conformidad con el manual de Historias clínicas vigentes para la institución.
14. Aplicar, acatar y cumplir con los procesos, procedimientos, guías y demás normas definidos por la Institución.
15. Asistir a reuniones de grupo funcional y capacitaciones programadas por la institución.
16. Realizar la desinfección oportuna de las camas libres y los traslados necesarios para poder asignar las camas a los pacientes que lo requieran.
17. Realizar la toma oportuna de las muestras de laboratorio que requieran los pacientes con el fin de agilizar el tratamiento.
18. Asistir en la alimentación a los pacientes asignados conservando las precauciones establecidas según el caso.
19. Realizar el control de líquidos administrados y eliminados registrando en forma oportuna y adecuada los resultados.
20. Portar el uniforme blanco de forma adecuada teniendo en cuenta las normas de presentación personal establecidas por la Institución.
22. Ofrecer trato con calidez y calidad al paciente y la familia, dando una atención humanizada conservando el respeto por la dignidad humana.
23. Impartir educación al paciente y a la familia sobre los cuidados específicos a tener en casa de acuerdo a la situación clínica del paciente.
24. Mantener la reserva de la información clínica y personal de los pacientes.
25. Participar activamente en el desarrollo de las actividades de acreditación y aplicación de las políticas Institucionales.
26. Elaborar y participar en el desarrollo de los procesos y procedimientos que sean solicitados por 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 | |
| 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 MA

## 6. ESPACIO EXCLUSIVO PARA EL ÁREA DE CONTRATACIÓN

**CERTIFICACIÒN**

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

## 7. IDENTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD

| | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ **NUEVO:** | 1. PLAN DE ADQUISICIONES PENDIENTE POR CONTRATAR: SI ☐ NO ☐ | | |
| | 2. CONVENIO:_____ | | |
| ☒ **REEMPLAZA A:** | **NOMBRE:** Maillyn Celene Londoño Portocarrero<br>**CÉDULA:** 1.018.424.503<br>**NÚMERO DE CONTRATO:** PS 1036 2018 | Daniela<br>VoBo Presupuesto (Liberación de saldo) | VoBo Contratación (Presentacion 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: | Victoria | FECHA | | Nº FOLIOS | |
| NOMBRE DEL CANDIDATO | Albeniz Diaz D | DOCUMENTO: | | 52074937 | |
| TELEFONO: | 3203028616 | ACTIVIDAD SOLICITADA: | | Auxenfermeria | |

**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 9602 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: Sura | SI ☑ | |
| 28 | CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN - NOMBRE: Protección | 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: | Monica Ebrez HA | Fecha: | 11 septiembre 2018 |
| Vº/Bº Contratación: | | Fecha: | |