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 | 08 | 27 | |
|---|---|---|---|---|

## 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 |
|---|---|---|---|---|
| CHIRCALES | HOSPITALIZACION | NATALY DUQUE SALAZAR | 1 | REFERENTE DE ENFERMERIA BAJA COMPLEJIDAD |

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

| ACTIVIDAD SOLICITADA | PROFESIÓN U OFICIO | NIVEL EDUCATIVO | TIEMPO DE EXPERIENCIA |
|---|---|---|---|
| ENFERMERA | ENFERMERA | PROFESIONAL | 0 – 4 AÑOS |

## 3. VALOR HONORARIOS

| VALOR HORA | NRO HORAS PROMEDIO MES | HONORARIOS FIJOS |
|---|---|---|
| $ 15.600 | $ 192 | |

## 4. INFORMACIÓN SOBRE EL CONTRATO

**OBJETO: PRESTAR SUS SERVICIOS PERSONALES DE APOYO, EN SU CONDICIÓN DE PROFESIONAL EN ENFERMERIA PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN EL SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

**DURACIÓN: UNO (1) MES**

**JUSTIFICACION: Con el objeto de garantizar continuidad en la prestación de servicio de salud hospitalarios de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS CENTRO ORIENTE E.S.E., de acuerdo a los servicios debidamente habilitados y ofertados por la unidad según la capacida instalada y la demanda de usuarios, propendiendo por la cobertura de los servicios de un marco de calidad, eficiencia y calidad, se solicita como nuevo contrato Enfermera (o) Profesional para la vacante existente en la Unidad de Chircales en el servicio de hospitalización en el turno de la tarde.**

**OBLIGACIONES ESPECÍFICAS:** Ejecutar procedimientos y cuidados a los pacientes que por su estado de salud así lo requieran. Realizar plan de cuidado diario de enfermería de acuerdo al diagnóstico y necesidades identificadas. Verificar y aplicar medidas preventivas de acciones inseguras e identificando riesgos, gestionando la seguridad del paciente.
Administrar y verificar el cuidado directo a los pacientes de acuerdo a los protocolos y guías establecidas del servicio utilizando técnicas asepsia y antisepsia y normas de bioseguridad
1, Comprobar el cumplimiento de las actividades del personal auxiliar de enfermería y camilleros mediante observación directa e verificando la realización de procedimientos y revisando registros de enfermería.
2, Realizar actualización del Kardex y tarjetas de medicamentos de acuerdo con las normas establecidas, en forma escrita y cada vez que se requiera el cambio en el tratamiento del paciente.
3, Administrar y registrar en sistema de información los medicamentos oportunamente, de acuerdo con las técnicas de asepsia y antisepsia, normas de bioseguridad, protocolo de administración de medicamentos

**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** YA.

## 6. ESPACIO EXCLUSIVO PARA EL ÁREA DE CONTRATACIÓN

### CERTIFICACIÒN

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

## 7. IDENTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD

| | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ **NUEVO:** | 1. PLAN DE ADQUISICIONES PENDIENTE POR CONTRATAR: SI ☐ NO ☐ | | |
| | 2. CONVENIO:_____ | | |
| ☒ **REEMPLAZA A:** | **NOMBRE: GUSTAVO PARRA**<br>**CÉDULA: 79989380**<br>**NÚMERO DE CONTRATO: PS 0642 2018** | Daniela. VoBo Presupuesto (Liberación de saldo) | Yeneses 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: | Arrales | FECHA | | Nº FOLIOS | |
| NOMBRE DEL CANDIDATO | Cesar Florez | DOCUMENTO: | 80749489 | | |
| TELEFONO | 3057536710 | ACTIVIDAD SOLICITADA: | Enfermero | | |

**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 8699 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: Adres | SI ☑ | |
| 28 | CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN - NOMBRE: Colfondos | SI ☑ | |
| 29 | FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES - NOMBRE: Positiva | 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 Florez M. | Fecha: | 7 Septiembre 2018 |
| Vº/Bº Contratación: | | Fecha: | |