

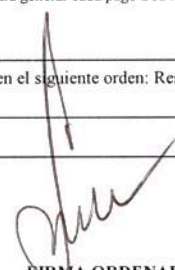
FECHA	2018	08	22
-------	------	----	----

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	FARMACIA	IGNA PATRICIA BENAVIDES RODRIGUEZ	1	QUIMICA FARMACEUTICA

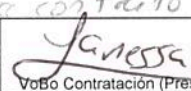
2. REQUISITOS DEL PERFIL PARA EL DESARROLLO DEL OBJETO CONTRACTUAL SOLICITADO			
ACTIVIDAD SOLICITADA	PROFESIÓN U OFICIO	NIVEL EDUCATIVO	TIEMPO DE EXPERIENCIA
AUXILIAR DE FARMACIA	AUXILIAR DE FARMACIA	TECNICO	0 - 2 AÑOS

3. VALOR HONORARIOS		
VALOR HORA	NRO HORAS PROMEDIO MES	HONORARIOS FIJOS
\$ 8,470	186	

4. INFORMACIÓN SOBRE EL CONTRATO	
OBJETO: Prestar sus servicios de manera personal y autonoma, en su condición de tecnico en Auxiliar de Farmacia para la ejecución de actividades asisteciales en los procesos de Gestión de Servicios Complementarios, 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 S.E.; de acuerdo a los 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. Apoyar las actividades del servicio farmacéutico cumpliendo con el adecuado manejo y control de los medicamentos y dispositivos conforme a la normatividad vigente. 2. Revisar y controlar la vigencia de los medicamentos e inventarios asignados de acuerdo con los lineamientos establecidos. 3. Apoyar la entrega de medicamentos diligenciando los formatos correspondientes y llevando los puntos de control. 4. Apoyar actividades del proceso de limpieza del servicio conforme a protocolos institucionales. 5. Velar porque la atención sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio. 6. Velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestión ambiental. 7. Orientar al personal asistencial y administrativo de la Entidad, sobre las actividades para la activación como profesional, el reporte y diligenciamiento de la prescripción que realiza el profesional de la salud, la realización de Formatos de Contingencia que se presenten y demás, en un ambiente de atención personalizada y humanizada, segun las necesidades de la subred, dando cobertura en todas las unidades en donde se solicite. 8. Realizar la activación de usuarios en el aplicativo del Ministerio de Salud, según se le asigne. 9. Realizar el envío de los documentos relacionados con el proceso al Área de Autorizaciones para ser enviados a la entidad aseguradora del usuario, dentro de los tiempos establecidos en la normatividad vigente. 10. Llevar registro de las actividades y procedimientos que se le asignen, según los formatos o bases de datos del proceso, así como mantener actualizados los informes definidos por la entidad y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento del proceso. 11. Prestar el apoyo necesario para dar respuesta a las devoluciones u objeciones que establezcan las entidades aseguradoras. 12. Portar el uniforme de manera adecuada y decorosa. 13. Portar el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales. 14. Cumplir la programación de turnos de servicios, realizar el cambio de turno cumpliendo con las directrices establecidas por la entidad, de acuerdo con el objeto del contrato. 15. En caso de presentarse novedades, informar con anticipación dicha situación para la provisión del respectivo reemplazo. 16. Acreditar el cumplimiento del pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscal durante la vigencia del contrato, requisito indispensable para generar cada pago a su favor, anexando la planilla de pago del personal vinculado para la ejecución del contrato los aportes al sistema integral de seguridad social en salud deberán comprender salud, pensión y ARL. 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 	

6. ESPACIO EXCLUSIVO PARA EL ÁREA DE CONTRATACIÓN				
CERTIFICACIÓN				
RECIBIDO POR:	FECHA DE RECEPCIÓN	AÑO	MES	DÍA
CARGO	CONSECUTIVO CONTRATACIÓN			

7. IDENTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD	
☐ NUEVO: 1. PLAN DE ADQUISICIONES SI ☒ PENDIENTE POR CONTRATAR: NO ☐ 2. CONVENIO: _____	Renovación de contrato 18/08/18
☐ REEMPLAZA A: NOMBRE: _____ CÉDULA: _____ NÚMERO DE CONTRATO: _____	VoBo Presupuesto (Liberación de saldo)
☐ NOVEDAD POR SITUACIÓN ADMINISTRATIVA DE PERSONAL DE PLANTA:	VoBo Contratación (Presentación novedades) 

A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA	
PROCESO SOLICITANTE	FECHA
NOMBRE DEL CANDIDATO	Nº FOLIOS
TELÉFONO	DOCUMENTO
	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 FÍSICO

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

C. DOCUMENTOS PERSONALES PARA ELABORACIÓN DEL CONTRATO	
1	SOPORTE INSCRIPCIÓN SECOP II
2	FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)
3	DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)
4	DIPLOMAS ACADÉMICOS
5	ACTAS DE GRADO DE CADA TÍTULO ACADÉMICO
6	CERTIFICACIONES DE CURSOS FORMALES E INFORMALES
7	SI ES TÍTULO DEL EXTRANJERO, RESOLUCIÓN DE CONVALIDACIÓN DE TÍTULO ANTE MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ICFES. (Res. 06950 del 15 de mayo de 2015)
8	FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS (Técnicos, Tecnólogos, Profesionales)
9	CERTIFICADOS LABORALES REGISTRADOS EN FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA
10	FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA AMPLIADA AL 150%
11	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT: CÓDIGO CHU 9699 FECHA
12	REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT
13	LIBRETA MILITAR (Hombres)
14	TARJETA PROFESIONAL
15	RESOLUCIÓN EXPEDIDA POR SECRETARÍA DE SALUD (DISTRITAL O DEPARTAMENTAL) - (Personal en Salud)
16	CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN RETIUS (Personal de salud)
17	ANTECEDENTES ÉTICO PROFESIONALES DISCIPLINARIOS (Medicina, Enfermería, Odontología, Derecho, Ingenierías, Contaduría, Administración)
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 O TITULACIÓN (reactiva)
19	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (Vigencia no mayor a 3 años - Dec. 723/2013)
20	CARNÉ DE RADIOPROTECCIÓN (Personal expuesto a Radiaciones Ionizantes) - Vigencia 4 años
21	CERTIFICADO SOPORTE VITAL BÁSICO (Enfermería, Auxiliar de Enfermería, Auxiliar Ambulancias)
22	CERTIFICADO SOPORTE VITAL AVANZADO (Médicos Urgencias, atención ambulatoria SPA, salud mental y personal APH)
23	CERTIFICADO PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia - Camilleros)
24	LICENCIA DE CONDUCCIÓN (Conductores)
25	ESTADO DE MULTAS (Conductores administrativos y ambulancia)
26	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL (SARLAF) - Completamente diligenciado
27	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS - NOMBRE: Famisanor
28	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN - NOMBRE: PROTECCION
29	FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES - NOMBRE: BOLIVAR
30	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES - PROCURADURÍA (vigencia no mayor a 3 meses)
31	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES FISCALES - CONTRALORÍA (vigencia no mayor a 3 meses)
32	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PERSONERÍA (vigencia no mayor a 3 meses)
33	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES POLICIALES - POLICÍA (vigencia no mayor a 3 meses)
34	CERTIFICACIÓN BANCARL (Debe contener nombre, N° de documento y N° de cuenta)

D. VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN	
V/B Proceso Solicitante	Fecha
V/B Talento Humano	Fecha
V/B Contratación	Fecha