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 | 5 | 09 | 2018 | |
|---|---|---|---|---|

## 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 |
|---|---|---|---|---|
| SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E | GESTION DE LA ATENCION FAMILIAR Y COMUNITARIA | LIDA MONTENEGRO PARRA | 1 | PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COORDINADORA SALUD PUBLICA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E |

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

| ACTIVIDAD SOLICITADA | PROFESIÓN U OFICIO | NIVEL EDUCATIVO | TIEMPO DE EXPERIENCIA |
|---|---|---|---|
| PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2 | PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN ENFERMERIA | PROFESIONAL | 0 a 1 Año |

## 3. VALOR HONORARIOS

| VALOR HORA | NRO HORAS PROMEDIO MES | HONORARIOS FIJOS |
|---|---|---|
| $ 16.304 | $ 184 | $ 3.000.000 |

## 4. INFORMACIÓN SOBRE EL CONTRATO

**OBJETO**

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN ENFERMERIA DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

**DURACIÓN:**

UN MES

**JUSTIFICACION**:Como ente responsable de prestar servicios de salud de baja y algunos de mediana complejidad, con enfoque en prevención de la enfermedad y promoción de calidad de vida; atención primaria integral con responsabilidad social para nuestros usuarios, su familia, la comunidad y su entorno, tiene planteados y aprobados dentro su plan de gestión institucional, diferentes procesos que le permiten el logro de sus fines y objetivos.
Dentro de estos procesos, se encuentra el de: proceso de salud Pública con el cual se busca Prestar servicios Integrales de Salud. Articular el Plan de Intervenciones Colectivas y Proyectos del Fondo Desarrollo Local con las Acciones Desarrolladas en el componente Resolutivo
Para la eficaz y eficiente ejecución del proceso antes mencionado, LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E, requiere desarrollar acciones tales como: realizar asesorías a nivel individual con estudiantes en las Instituciones Educativas, asesorías Trabajo Saludable (ámbito laboral), asesorías integrales a nivel individual con la población beneficiaria en las Instituciones de protección, asesorías de Trabajo Saludable, desarrollar procesos de asistencia técnica en los diferentes ámbitos de vida cotidiana, notificar todos los eventos de interés en salud pública detectados, participar en las actividades de planificación y gestión territorial y las demás responsabilidades que sean requeridas por parte de la Secretaria Distrital de Salud.

**OBLIGACIONES ESPECÍFICAS:** 1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE.
2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que corresponde al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo a los anexos y lineamientos contenidos en el Contrato suscrito con el Fondo Financiero Distrital. 3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 4. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estandares de habilitacion y acreditacion de servicios de salud. 5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente. 6. Diligenciar de manera completa, adecuada, ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.

**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

| | |
|---|---|
| POI Aclem<br>**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** YCA

## 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

| | | |
|---|---|---|
| [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 sal<br>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: | SALUD PUBLICA | FECHA | | Nº FOLIOS | |
| NOMBRE DEL CANDIDATO | Diana Cifuentes | DOCUMENTO: | 1022378903 | | |
| TELEFONO | | ACTIVIDAD SOLICITADA: | Enfermera | | |

**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 ☐ | | SE DEBE ADJUNTAR EL PANTALLAZO INDICADO - GUARDE SU CONTRASEÑA Y USUARIO YA QUE EL CONTRATO LE |
| 2 | FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995) | SI ☐ | | FIRMADO CON FECHA ACTUAL Y CIUDAD |
| 3 | DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995) | SI ☐ | | FIRMADO CON FECHA ACTUAL Y CIUDAD |
| 4 | DIPLOMAS ACADÉMICOS | SI ☐ | N/A ☐ | TECNICOS: DIPLOMA TECNICO Y DIPLOMA BACHILLER - PROFESIONALES: SOLO DIPLOMA PREGRADO - ESPECIALISTAS: DIPLOMA PREGRADO Y DIPLOMA ESPECIALISTA |
| 5 | ACTAS DE GRADO DE CADA TÍTULO ACADÉMICO | SI ☐ | N/A ☐ | TECNICOS: ACTA TECNICO Y ACTA BACHILLER - PROFESIONALES: SOLO ACTA PREGRADO - ESPECIALISTAS: ACTA PREGRADO Y ACTA ESPECIALISTA |
| 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 X | |
| 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 ☐ | UNICAMENTE LOS QUE REGISTRADOS EN EL FORMATO DE HOJA DE VIDA |
| 10 | FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA AMPLIADA AL 150% | SI ☐ | | |
| 11 | REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT: CÓDIGO CIIU _____ FECHA _____ | SI ☐ | | CON MARCA DE AGUA QUE DIGA; CERTIFICADO O COPIA CERTIFICADO |
| 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 ☐ | APLICA PARA PROFESIONALES Y TECNICOS DEL AREA DE LA SALUD |
| 16 | CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN RETHUS (Personal de salud) | SI ☐ | N/A ☐ | APLICA PARA PROFESIONALES Y TECNICOS DEL AREA DE LA SALUD |
| 17 | ANTECEDENTES ÉTICO PROFESIONALES DISCIPLINARIOS (Medicina, Enfermeria, Odontologia, Ingenierías, medicina veterinaria,Derecho, Contaduria, Adminsitración) | SI ☐ | N/A ☐ | |
| 18 | CARNÉ DE VACUNAS DE HEPATITIS B (Personal Asistencial) - Minimo tres dosis vigentes (0 / 1 mes/ 6 meses /1 año - 10 años de vigencia) Y/O O TITULACIÓN (reactiva) | SI ☐ | N/A ☐ | APLICA A TODOS LOS PERFILES |
| 19 | EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (Vigencia no mayor a 3 años - Dec. 723/2013) | SI ☐ | | APLICA A TODOS LOS PERFILES Y DEBE APLICARSELO EN CUALQUIER INSTITUCION LEGALMENTE CONSTITUIDAS |
| 20 | CARNÉ DE RADIOPROTECCIÓN (Personal expuesto a Radiaciones Ionizantes) - Vigencia 4 años | SI ☐ | N/A X | |
| 21 | CERTIFICADO SOPORTE VITAL BÁSICO (Enfermería, Auxiliar de Enfermería, Auxiliar Ambulancias) | SI ☐ | N/A X | |
| 22 | CERTIFICADO SOPORTE VITAL AVANZADO (Médicos Urgencias, atención ambulatoria SPA, salud mental y personal APH) | SI ☐ | N/A X | |
| 23 | CERTIFICADO PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia - Camilleros) | SI ☐ | N/A X | |
| 24 | LICENCIA DE CONDUCCIÓN (Conductores) | SI ☐ | N/A X | |
| 25 | ESTADO DE MULTAS (Conductores administrativos y ambulancia) | SI ☐ | N/A X | |
| 26 | FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL (SARLAF) - Completamente diligenciado | SI ☐ | | DILIGENCIAR LO QUE SE ENCUENTRA EN GRIS - ESTE FORMATO DEBE VENIR ESCANEADO E IMPRESO CON HUELLA Y FIRMA ORIGINAL |
| 27 | CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS - NOMBRE: _____ | SI ☐ | | CERTIFICADO COMO INDEPENDIENTE |
| 28 | CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN - NOMBRE: _____ | SI ☐ | | |
| 29 | FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES - NOMBRE: _____ | 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 ☐ | | |

Tarjeta 2015

-or

## D. VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

| | | | |
|---|---|---|---|
| Vº/Bº Proceso Solicitante | | Fecha: | |
| Vº/Bº Talento Humano: | Monica Florez | Fecha: | 06/09/2018 |
| Vº/Bº Contratación: | | Fecha: | |