DIEGO

Secretaría Distrital de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
AP3 – 3 – GESTION TALENTO HUMANO
FO...IATO NECESIDAD DE PERSONAL

CÓDIGO: AP-TH-FT-012
VERSION: 04
FECHA: 2018-07-10

FECHA	2019	05	8

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
UHME SANTA CLARA	SERVICIO FARMACEUTICO	CINDY JOAN GARCIA AVILA	1	QUIMICA FARMACEUTICA

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

ACTIVIDAD SOLICITADA	PROFESIÓN U OFICIO	NIVEL EDUCATIVO	TIEMPO DE EXPERIENCIA
QUIMICA FARMACEUTICA	AUXILIAR FARMACIA	AUXILIAR - TECNICO	0-9 meses

3. VALOR HONORARIOS

VALOR HORA	NRO HORAS PROMEDIO MES	HONORARIOS FIJOS
$ 8.470	$ 200	

4. INFORMACIÓN SOBRE EL CONTRATO

OBJETO:OBJETO
Prestar sus servicios personales de apoyo, en su condición de Técnico en Auxiliar de Farmacia para la ejecución de actividades asistenciales en los procesos de gestión de servicios complementario, conforme a las necesidades de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E

DURACIÓN:
1 MES

JUSTIFICACION:
Para la ejecución de los procesos misionales de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE., en atención y cuidados en la prestación de servicios de salud; se requiere la contratación de AUXILIAR FARMACIA para atender los requerimientos a través de la ejecución de planes del cuidado que garanticen el proceso de atención integral en la fase de fomento promoción, prevención, tratamientos y rehabilitación de la salud de los usuarios y sus familias contribuyendo a mejorar la calidad de su estado de salud- enfermedad bajo las mejores condiciones técnico-científicas.

OBLIGACIONES ESPECIFICAS:
1. Apoyar las actividades del servicio farmaceutico 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. 8. Realizar la activación de usuarios en el aplicativo del Ministerio de Salud, según se le asigne 9. Realizar el envio 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, segun los formatos o bases de datos del proceso, asi 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 ejecucion 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 deberan comprender salud, pensión y ARL

NOTA: Todos los campos son de obligatorio diligenciamiento, en caso contrario sera 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

RESPONSABLE	FIRMA
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

CERTIFICACIÒN

RECIBIDO POR:		FECHA DE RECEPCIÓN	2019	05	8
CARGO		CONSECUTIVO CONTRATACIÓN			

7. IDENTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD

☐	NUEVO:	1. PLAN DE ADQUISICIONES PENDIENTE POR CONTRATAR SI ☐ NO ☐ 2. CONVENIO	
X	REEMPLAZA A:	NOMBRE: CLARA INES MORA POLOCHE CÉDULA: 51.818.094 270 NUMERO DE CONTRATO: PS 1825 2018 Observacion: Terminacion bilateral del contrato	Daniela Vo.Bo Presupuesto (Liberación de saldo)
			Yenessa Vo.Bo 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:	Santa clara	FECHA		Nº FOLIOS	
NOMBRE DEL CANDIDATO	Karen S Castillo G.	DOCUMENTO:	1033774286		
TELEFONO	3142447673	ACTIVIDAD SOLICITADA:	Aux Farmacia		

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 ELABORACION 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: 8299 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 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: _____	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, N° de documento y N° de cuenta)	SI ☑			

D. VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

V°B° Proceso Solicitante:		Fecha:	
V°B° Talento Humano:	Ma. Monica Florez	Fecha:	16/08/2018
V°B° Contratación:		Fecha:	