Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO – GESTION TALENTO HUMANO FORMATO NECESIDAD DE PERSONAL	CÓDIGO: AP-TH-FT-012 VERSIÓN: 04 FECHA: 2018-07-10

FECHA				

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 CENTRO ORIENTE	FINANCIERA-AUTORIZACIONES	CLAUDIA LORENA GUTIERREZ HERNANDEZ	47	ENFERMERA

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

ACTIVIDAD SOLICITADA	PROFESIÓN U OFICIO	NIVEL EDUCATIVO	TIEMPO DE EXPERIENCIA
BACHILLER ADMINISTRATIVO I	AUTORIZADOR / ADMISIONISTA	BACHILLER	HASTA DOS AÑOS DE EXPERIENCIA RELACIONADA CON LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR

3. VALOR HONORARIOS

VALOR HORA	NRO HORAS PROMEDIO MES	HONORARIOS FIJOS
$ 7.580	186	$ 1.410.000

4. INFORMACIÓN SOBRE EL CONTRATO

OBJETO Prestacion de servicios integrales en las instalaciones de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., Unidad de Prestacion de Servicios CENTRO ORIENTE o en cualquiera de las sedes donde este preste servicios como APOYO A LA GESTION DEL PROCESO DE AUTORIZACIONES AUTORIZADOR/ADMISIONISTA acorde con las actividades que se asocian y que son parte integral de la presente orden de conformidad con la propuesta presentada por el contratista.

DURACION: 6 MESES

JUSTIFICACION: La Coordinación de autorizaciones requiere la continuidad del APOYO A LA GESTION DEL PROCESO DE AUTORIZACIONES para desarrollar las labores propias del área de acuerdo a lo establecido en el Manual de Procesos y Procedimientos, macroproceso Gestion Financiera, que garantice el cumplimiento de la normatividad vigente

OBLIGACIONES ESPECIFICAS 1. Registrar e ingresar el 100% de los usuarios en sistema de información Dinamica Gerencial en el módulo de admisiones, dando prioridad a gestantes y niños que consulten por el servicio de urgencias.
2. Registrar la información de los usuarios en el sistema de información DGH tales como No. de documento de identidad, nombres y apellidos, dirección, teléfono, nombre del acompañante.
3. Apoyar el proceso de verificación de ingreso y/o reingreso de pacientes en el sistema de información DGH, adelantando las acciones necesarias para confirmar datos y actualizar la información cuando corresponda.
4. Verificar en todas las bases de datos (FOSYGA, ADRES, BDUA, Comprobador web, etc.), el estado de afiliación del paciente o los pacientes, tanto por número de documentos como por nombres y apellidos.
5. Imprimir y guardar registro en SIHS todos los pantallazos de afiliación del paciente.
6. Apoyar y entregar los formatos de consulta de preferencia a los usuarios y pacientes que lo requieran.
7. Realizar las acciones necesarias para generar la factura de TRIAGE cuando corresponda.
8. Verificar en todos los casos la seguridad social del paciente, independiente que esta ya haya sido identificada por admisiones y definir la base de pago.
9. Realizar el censo de pacientes que se encuentren en el servicio a cargo, verificando cama por cama contra historia clínica los procedimientos realizados, el estado de afiliación del paciente y realizar las correcciones en casos en los que se detecten errores en la definición de línea de pago.
10. Realizar la hospitalización y asignación de cama en DGH de todos los pacientes a cargo.
11. Realizar contacto con las Entidades para reporte y solicitud de autorización de la atención de urgencias, orden de Hospitalización y/o procedimientos adicionales a través de los medios establecidos en la Resolución 3047/2008 garantizando que se realicen los 3 reportes como lo indica la normatividad todo debidamente soportado.
12. Reportar a pagadores las tecnologías NO PBS del régimen subsidiado y exigir seguimiento a respuesta y devoluciones.
13. Verificar el correo electrónico las respuestas dadas por las diferentes entidades a quienes se le haya reportado un servicio y dar respuesta oportuna a sus requerimientos, con el fin de garantizar que se emita la autorización correspondiente.
14. Registrar en matriz de seguimientos y base de datos (SIHS) el resultado de la autorización u observaciones pertinentes en cada solicitud.
15. Reportar a la dependencia de trabajo social o la que haga sus veces los casos donde deben intervenir (identificación o novedades en afiliación).
16. Verificar que toda factura que se genere por el servicio de urgencias cuente con la autorización correspondiente.
17. Entregar contra registro en libro el reporte del 100% de las novedades que se presenten en ejecución del objeto contractual.
18. Actualización en cumplo a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S.
19. Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área.
20. Realizar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de 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	
Liliana Marcela Rodriguez - Directora Financiera	Cesar Ramirez Cardenas - Subgerente Corporativo

El suscrito Director Operativo del area 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

CERTIFICACION

RECIBIDO POR:		FECHA DE RECEPCION			
CARGO		CONSECUTIVO CONTRATACIÓN			

7. IDENTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD

X	NUEVO:	1. PLAN DE ADQUISICIONES PENDIENTE POR CONTRATAR SI ☐ NO ☐ 2. CONVENIO:	
☐	REEMPLAZA A:	NOMBRE: CÉDULA: NÚMERO DE CONTRATO:	Vo.Bo. Presupuesto (Liberacion de saldo) / Vo.Bo. Contratacion (Presentacion novedad)
☐	NOVEDAD POR SITUACIÓN ADMINISTRATIVA DE PERSONAL DE PLANTA:		

Centro Oriente E.S.E.

APOYO – GESTIÓN TALENTO HUMANO
FORMATO LISTA DE CHEQUEO INGRESO PERSONAL OPS

CONTRATO

CÓDIGO: AP-TH-FT-013
VERSIÓN: 05
FECHA: 2018-10-02

A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA

PROCESO SOLICITANTE:	FINANCIERA - AUTORIA	FECHA:	04/01/19	FOLIOS:	
NOMBRE DEL CANDIDATO:	ROBERTO PERALTA CAMPOS	DOCUMENTO:	93.450.754		
TELEFONO:	3282828	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 FISICO

B. DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA SOLICITUD DE CONTRATO

	NECESIDAD DE PERSONAL OPS	
	SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	
	CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	

C. DOCUMENTOS PERSONALES PARA ELABORACIÓN DEL CONTRATO

		SI	NO	N/A
1	FOTO FONDO BLANCO, PARA CARNÉ, GUARDADA EN MEDIO MAGNÉTICO CON FORMATO JPG	SI [X]		
2	SOPORTE INSCRIPCIÓN SECOP II (REQUERIDO EN CIRCULAR EXTERNA No 23 de 16/03/2017)	SI [X]		
3	FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA (SIDEAP) - (DILIGENCIADO - IMPRESO Y FIRMADO)	SI [X]		
4	DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTA (SIDEAP) - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	SI [X]		
5	DIPLOMAS ACADÉMICOS	SI [X]		
6	ACTAS DE GRADO DE CADA TÍTULO ACADÉMICO	SI [X]	N/A [ ]	
7	CERTIFICACIONES DE CURSOS FORMALES E INFORMALES	SI [X]	N/A [ ]	
8	SI ES TITULO DEL EXTRANJERO, RESOLUCIÓN DE CONVALIDACIÓN DE TITULO ANTE MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL / ICFES. (Res. 06959 del 15 de mayo de 2015)	SI [X]	NO [ ]	
9	FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA DE TITULOS ACADÉMICOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE (Técnicos, Tecnólogos, Profesionales)	SI [ ]	N/A [X]	
10	CERTIFICADOS LABORALES REGISTRADOS EN FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA (SIDEAP)	SI [X]	N/A [ ]	
11	FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA AMPLIADA AL 150%	SI [X]	N/A [ ]	
12	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT (COINCIDIR CON LA ACTIVIDAD DEL RIT): CÓDIGO CIIU 8699	SI [X]		
13	REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT	SI [X]		
14	LIBRETA MILITAR (Hombres)	SI [X]		
15	TARJETA PROFESIONAL	SI [X]	N/A [ ]	
16	RESOLUCIÓN EXPEDIDA POR SECRETARÍA DE SALUD (DISTRITAL O DEPARTAMENTAL) - (Personal en Salud)	SI [ ]	N/A [X]	
17	CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN RETHUS (Personal de salud)	SI [ ]	N/A [X]	
18	ANTECEDENTES ÉTICO PROFESIONALES DISCIPLINARIOS (Medicina, Enfermería, Odontología, Derecho, Ingenierías, Contaduría, Administración)	SI [ ]	N/A [X]	
19	CARNÉ DE VACUNAS DE HEPATITIS B (Personal Asistencial) - Mínimo tres dosis vigentes (- 10 años de vigencia) Y/O O TITULACIÓN (reactiva).	SI [ ]	N/A [X]	
20	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (Vigencia no mayor a 3 años - Dec. 723/2013)	SI [ ]	N/A [X]	
21	CERTIFICADO ATENCION INTEGRAL EN SALUD A LAS VICTIMAS EN VIOLENCIA SEXUAL (RESOLUCION No 00387/2003 de 2014) (Personal Asistencial, Urgencias, Hospitalización y Consulta Externa)	SI [X]		
22	CARNÉ DE RADIOPROTECCIÓN (Personal expuesto a Radiaciones Ionizantes) - Vigencia 4 años	SI [ ]	N/A [X]	
23	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN TOMA DE CITOLOGIA (Medico, Enfermera, Bacteriologo, Citohistotecnologo, Histocitotecnologo) Resolución 2003 de 2014	SI [ ]	N/A [X]	
24	CERTIFICADO SOPORTE VITAL BÁSICO (Enfermería, Auxiliar de Enfermería, Auxiliar Administrativa)	SI [ ]	N/A [X]	
25	CERTIFICADO SOPORTE VITAL AVANZADO (Médicos Urgencias, atención ambulatoria SPA, salud mental y personal APH)	SI [ ]	N/A [X]	
26	CERTIFICADO PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia - Camilleros)	SI [ ]	N/A [X]	
27	LICENCIA DE CONDUCCIÓN (Conductores)	SI [ ]	N/A [X]	
28	ESTADO DE MULTAS (Conductores administrativos y ambulancia)	SI [ ]	N/A [X]	
29	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL (SARLAFT) - Completamente diligenciado - Impreso y Firmado con Huella	SI [ ]	N/A [X]	
30	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS - (COMO COTIZANTE) - NOMBRE: Compensar	SI [X]		
31	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN - NOMBRE: Proteccion	SI [X]		
32	FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES (FORMATO DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE- NOMBRE: SEGUROS BOLIVAR	SI [X]		
33	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES - PROCURADURÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI [X]		
34	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES FISCALES - CONTRALORÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI [X]		
35	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PERSONERÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI [X]		
36	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI [X]		
37	CERTIFICACION BANCARIA (Debe contener nombre y logotipo Bancario, N° de documento y N° de cuenta)	SI [X]		

D. VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

V°B° Responsable Talento Humano:	ADRIANA PAEZ ANGEL	Fecha:	04/01/19.
V°B° Dirección Talento Humano:		Fecha:	