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

| FECHA | | | | |
|---|---|---|---|---|

## 1. INFORMACIÓN DE LA DEPENDENCIA SOLICITANTE

| UNIDAD SOLICITANTE | PROCESO: (área - 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 1 | 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** Prestación de servicios integrales en las instalaciones de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., Unidad de Prestación 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 Gestión Financiera, que garantice el cumplimiento de la normatividad vigente

**OBLIGACIONES ESPECIFICAS** 1. Registrar e ingresar el 100% de los usuarios en sistema de información Dinámica 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, IBP, 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 soporte en SIIIS todos los pantallazos de afiliación del paciente.
6. Apoyar y entregar los formatos de consulta de urgencias 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 ruta de pago.
9. Realizar el cargo 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 ruta 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 ordenar seguimiento a respuesta y desoluciones.
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 seguimiento y base de datos (SIIES) 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. Fotografiar contra registro en libro el reporte del 100% de las novedades que se presenten en ejecución del objeto contractual
18. Actualización en cuanto 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 avigne 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 | Clemer 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 ☐<br>2. CONVENIO: | |
| ☐ | REEMPLAZA A: | NOMBRE:<br>CÉDULA:<br>NÚMERO DE CONTRATO: | Valida Presupuesto (Liberacion de saldo) / Valida Contratación (Presentacion novedad) |
| ☐ | NOVEDAD POR SITUACIÓN ADMINISTRATIVA DE PERSONAL DE PLANTA: | | |

Completa

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-FH-FT-013
VERSIÓN: 05
FECHA: 2019-10-02

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PROCESO SOLICITANTE: | FIN - AUTORIZACIONES | FECHA: | 04/01/19 | SOLIO: | |
| NOMBRE DEL CANDIDATO: | JUAN ALEJANDRO VILLAMIL | | | DOCUMENTO: | 1013 660 077 |
| TELEFONO: | 925 5681 | | | ACTIVIDAD SOLICITADA: | Autorizador - Administrativo |

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

| | DOCUMENTOS PRELIMINARES AL SOLICITUD DEL CONTRATO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | NECESIDAD DE PERSONAL OPS | | | | | |
| | SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL | | | | | |
| | CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL | | | | | |
| | DOCUMENTOS PERSONALES PARA ELABORACIÓN DEL CONTRATO | SI | | NO | | |
| 1 | FOTO FONDO BLANCO, PARA CARNÉ, GUARDADA EN MEDIO MAGNETICO 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 | ✓ | | | |
| 6 | ACTAS DE GRADO DE CADA TÍTULO ACADÉMICO | SI | ✓ | NA | | |
| 7 | CERTIFICACIONES DE CURSOS FORMALES E INFORMALES | SI | X | NA | | |
| 8 | SI ES TITULO DEL EXTRANJERO, RESOLUCIÓN DE CONVALIDACIÓN DE TITULO ANTE MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL / ICFES. (Res. 06930 del 18 de mayo de 2015) | SI | X | NO | | |
| 9 | FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA DE TITULOS ACADÉMICOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE (Técnicos, Tecnólogos, Profesionales) | SI | | NA | ✓ | |
| 10 | CERTIFICADOS LABORALES REGISTRADOS EN FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA (SIDEAP) | SI | X | NA | | |
| 11 | FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA AMPLIADA AL 150% | SI | | NA | ✓ | |
| 12 | REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT (COINCIDIR CON LA ACTIVIDAD DEL RIT): CÓDIGO CIIU 8299 | SI | X | | | |
| 13 | REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT | SI | X | | | |
| 14 | LIBRETA MILITAR (Hombres) | SI | X | | | |
| 15 | TARJETA PROFESIONAL | SI | X | NA | | |
| 16 | RESOLUCIÓN EXPEDIDA POR SECRETARÍA DE SALUD (DISTRITAL O DEPARTAMENTAL) - (Personal en Salud) | SI | | NA | ✓ | |
| 17 | CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN RETHUS (Personal de salud) | SI | | NA | ✓ | |
| 18 | ANTECEDENTES ÉTICO PROFESIONALES DISCIPLINARIOS (Medicina, Enfermería, Odontología, Derecho, Ingenierías, Contaduría, Administración) | SI | | NA | ✓ | |
| 19 | CARNÉ DE VACUNAS DE HEPATITIS B (Personal Asistencial) - Mínimo tres dosis vigentes (= 10 años de vigencia) Y/O O TITULACIÓN (reactiva) | SI | | NA | ✓ | |
| 20 | EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (Vigencia no mayor a 3 años - Dec. 723/2013) | SI | | NA | ✓ | |
| 21 | CERTIFICADO ATENCION INTEGRAL EN SALUD A LAS VICTIMAS EN VIOLENCIA SEXUAL (RESOLUCION NO 0055/2003 de 2014) (Personal Asistencial, Urgencias, Hospitalización y Consulta Externa) | SI | X | | | |
| 22 | CARNÉ DE RADIOPROTECCIÓN (Personal expuesto a Radiaciones Ionizantes) – Vigencia 4 años | SI | | NA | ✓ | |
| 23 | CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN TOMA DE CITOLOGÍA (Medico, Enfermera, Bacteriologo, Citohistotecnologo, Histotecnologo) Resolución 2003 de 2014 | SI | | NA | ✓ | |
| 24 | CERTIFICADO SOPORTE VITAL BÁSICO (Enfermería, Auxiliar de Enfermería, Auxiliar Ambulancias) | SI | | NA | ✓ | |
| 25 | CERTIFICADO SOPORTE VITAL AVANZADO (Médicos Urgencias, atención ambulatoria SPA, salud mental y personal APH) | SI | | NA | ✓ | |
| 26 | CERTIFICADO PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia - Camilleros) | SI | | NA | ✓ | |
| 27 | LICENCIA DE CONDUCCIÓN (Conductores) | SI | | NA | ✓ | |
| 28 | ESTADO DE MULTAS (Conductores administrativos y ambulancia) | SI | | NA | ✓ | |
| 29 | FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL (SARLAFT) - Completamente diligenciado - Impreso y Firmado con Huella | SI | | NA | ✓ | |
| 30 | CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS - (COMO COTIZANTE) - NOMBRE: COMPENSAR | SI | X | | | |
| 31 | CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN - NOMBRE: COLPENSIONES | SI | X | | | |
| 32 | FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES (FORMATO DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE - NOMBRE: SURA | SI | X | | | |
| 33 | CERTIFICADO DE ANTECEDENTES - PROCURADURÍA (vigencia no mayor a 3 meses) | SI | ✓ | | | |
| 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 | | | |

VERIFICACION VIGENCIA DE LA INFORMACION

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