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 – 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 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 asignen y que sean 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 contabilidad 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 pediatría y niños que consultan 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, ERP, HOMA, 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 SIIES 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 admisionistas y definir la tasa 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 tasa 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 realizar seguimiento a respuesta y devoluciones.
13. Verificar el correo electrónico las respuestas dadas por las diferentes entidades o 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. Entregar 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 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	Yolmer Ramirez Cardenas - Subgerente Corporativo

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 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:	Vobo Presupuesto (Liberación de saldo) / Vobo Contratación (Presentación novedad)
☐	NOVEDAD POR SITUACIÓN ADMINISTRATIVA DE PERSONAL DE PLANTA:		

INCOMPLETA

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: 06
FECHA: 2018-10-02

A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA

PROCESO SOLICITANTE:	FIN-AUTORIZACION	FECHA	04/01/19.	Nº FOLIOS	
NOMBRE DEL CANDIDATO	INGRI NATALI ROJAS R.		DOCUMENTO:	1023019186	
TELEFONO			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 UN CD REGRAGABLE

B. DOCUMENTOS DE LA ENTIDAD PARA SOLICITUD DEL CONTRATO

	NECESIDAD DE PERSONAL OPS					
	SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL					
	CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	SI	☐	NO	☐	

C. DOCUMENTOS PERSONALES PARA ELABORACIÓN DEL CONTRATO

1	FOTO FONDO BLANCO, PARA CARNÉ, GUARDADA EN MEDIO MAGNÉTICO CON FORMATO .JPG	SI	☒			
2	SOPORTE INSCRIPCIÓN SECOP II (REQUERIDO EN CIRCULAR EXTERNA No 23 de 16/03/2017)	SI	☒			
3	FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA (SIDEAP) - (DILIGENCIADO - IMPRESO Y FIRMADO)	SI	☒			
4	DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTA (SIDEAP) - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	SI	☐	SIN FIRMA		
5	DIPLOMAS ACADÉMICOS	SI	☒	N/A	☐	
6	ACTAS DE GRADO DE CADA TÍTULO ACADÉMICO	SI	☒	N/A	☐	
7	CERTIFICACIONES DE CURSOS FORMALES E INFORMALES	SI	☐	NO	☒	
8	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	☒	
9	FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA DE TITULOS ACADÉMICOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE (Técnicos, Tecnólogos, Profesionales)	SI	☒	N/A	☐	
10	CERTIFICADOS LABORALES REGISTRADOS EN FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA (SIDEAP)	SI	☒	N/A	☐	
11	FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA AMPLIADA AL 150%	SI	☒			
12	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT (COINCIDIR CON LA ACTIVIDAD DEL RIT): CÓDIGO CIIU 8299	SI	☒			
13	REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT	SI	☒			
14	LIBRETA MILITAR (Hombres)	SI	☐	N/A	☒	
15	TARJETA PROFESIONAL	SI	☐	N/A	☐	
16	RESOLUCIÓN EXPEDIDA POR SECRETARIA DE SALUD (DISTRITAL O DEPARTAMENTAL) - (Personal en Salud)	SI	☐	N/A	☐	
17	CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN RETHUS (Personal de salud)	SI	☐	N/A	☒	
18	ANTECEDENTES ÉTICO PROFESIONALES DISCIPLINARIOS (Medicina, Enfermería, Odontología, Derecho, Ingenierías, Contaduría, Administración)	SI	☐	N/A	☐	
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	☐	
20	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (Vigencia no mayor a 3 años - Dec. 723/2013)	SI	☒			
21	CERTIFICADO ATENCION INTEGRAL EN SALUD A LAS VICTIMAS EN VIOLENCIA SEXUAL (RESOLUCION No 00002003 de 2014) (Personal Asistencial, Urgencias,Hospitalización y Consulta Externa)	SI	☐	N/A	☒	
22	CARNÉ DE RADIOPROTECCIÓN (Personal expuesto a Radiaciones Ionizantes) - Vigencia 4 años	SI	☐	N/A	☐	
23	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN TOMA DE CITOLOGIA (Medico, Enfermera,Bacteriologo,Citoistotecnologo,Histocitotecnologo) Resolución 2003 de 2014	SI	☐	N/A	☒	
24	CERTIFICADO SOPORTE VITAL BÁSICO (Enfermería, Auxiliar de Enfermería, Auxiliar Ambulancias)	SI	☐	N/A	☐	
25	CERTIFICADO SOPORTE VITAL AVANZADO (Médicos Urgencias, atención ambulatoria SPA, salud mental y personal APH)	SI	☐	N/A	☐	
26	CERTIFICADO PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia - Camilleros)	SI	☐	N/A	☐	
27	LICENCIA DE CONDUCCIÓN (Conductores)	SI	☐	N/A	☐	
28	ESTADO DE MULTAS (Conductores administrativos y ambulancia)	SI	☐	N/A	☒	
29	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL (SARLAF) - Completamente diligenciado - Impreso y Firmado con Huella	SI	☒			
30	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS - (COMO COTIZANTE) - NOMBRE: COMPENSAR	SI	☒			
31	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN - NOMBRE: PORVENIR	SI	☒			
32	FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES (FORMATO DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE- NOMBRE: JUAN	SI	☒			
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	☒			
35	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PERSONERÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☒			
36	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☒			
37	CERTIFICACION BANCARIA (Debe contener nombre y logotipo Bancario, Nº de documento y Nº de cuenta)	SI	☒			

D. VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

V°/B° Responsable Talento Humano	ADRIANA PAEZ ANGEL	Fecha:	04/01/2019
V°/B° Dirección Talento Humano	Monica Florez MA	Fecha:	