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	2018	12	21

1. INFORMACIÓN DE LA DEPENDENCIA SOLICITANTE

UNIDAD SOLICITANTE	PROCESO: (área- servicio o dependencia)	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA SOLICITUD	CARGO U OBJETO DEL CONTRATO DEL RESPONSABLE DE LA SOLICITUD
SANTA CLARA	ESTERILIZACION	LORNA ANGELA SUAREZ VALDERRAMA	REFERENTE ESTERILIZACIÓN LA VICTORIA - IMI

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

ACTIVIDAD SOLICITADA	PROFESIÓN U OFICIO	NIVEL EDUCATIVO	TIEMPO DE EXPERIENCIA
AUXILIAR ENFERMERIA ESTERILIZACION	AUXILIAR DE ENFERMERIA	AUXILIAR - TECNICO	0 A 2 AÑOS

3. VALOR HONORARIOS

VALOR HORA	NRO HORAS PROMEDIO MES	HONORARIOS FIJOS
8470	240	

4. INFORMACIÓN SOBRE EL CONTRATO

OBJETO: PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTÓNOMA, EN SU CONDICIÓN DE TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN EL SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

DURACIÓN: 6 MESES

JUSTIFICACIÓN: 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 deAUXILIAR ENFERMERIA ESTERILIZACIONpara 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 ESPECÍFICAS: **1. Recibir y entregar el turno dando cumplimiento al protocolo institucional, verificando que el área esté limpia y ordenada. 2. Contar con el entrenamiento necesario en el manejo de equipos de limpieza y Esterilización automatizados. 3. Cumplir con todas las medidas de asepsia y antisepsia para el manejo de los dispositivos médicos y comportamiento dentro de las diferentes áreas del servicio. 4. Portar el uniforme en forma adecuada teniendo en cuenta las normas de presentación del personal de la entidad. 5. Revisar bajo inventario, que se encuentre completo el Instrumental Quirúrgico y demás dispositivos médicos, que están dentro del área. 6. Responder por los inventarios, propendiendo por la conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos entregados dentro del área. 7. Dar cumplimiento con lo establecido en las normas y protocolos de la entidad, de conformidad con el objeto contractual. 8. Realizar la prueba diaria del autoclave necesarias al iniciar las actividades. 9. Realizar la lectura y registro en el formato respectivo de Termo-higrometría. 10. Recibir Ropa Quirúrgica que viene de la Lavandería, registrar en el libro de control de Ropa Quirúrgica el número de prendas recibidas. 12. Revisar cada una de las prendas quirúrgicas, verificando que se encuentren en buenas condiciones para elaborar los paquetes de ropa correspondientes; revisando el instrumental. 13. Registrar en el libro de control de Ropa el número de prendas devueltas a la lavandería y la observación pertinente. 14. Recibir el Instrumental quirúrgico y dispositivos médicos del área de lavado. 15. Inspeccionar el Instrumental Quirúrgico y Dispositivos médicos que se encuentren libres de cualquier partícula orgánica, o suciedad. 16. Verificar que los dispositivos médicos e Instrumental quirúrgico se encuentren perfectamente secos para ser empacados.17. Organizar dentro de los contenedores el Instrumental quirúrgico 18. Seleccionar el empaque y el método de Esterilizacion. 19. Realizar el trazo de rotulación o etiquetado. 20. Realizar las tareas de autoclaves de Esterilización en cuanto acomodación de la cargas en la cámara, colocación de monitoreo del proceso de validación de cada carga y registro en los formatos correspondientes. 21. Preparar el material quirúrgico cuando sea requerido. 22. Realizar el proceso de almacenamiento en el área estéril a los diferentes dispositivos que ya se les realizo el proceso de Esterilizacion, teniendo en cuenta su rotación y según guía de procedimiento. 23. Hacer el despacho y el respectivo registro de los dispositivos médicos estériles solicitados, a los diferentes servicios de la Unidad. 24. Apoyar el proceso de Esterilizacion en las diferentes Unidades de la Subred, conforme a la necesidad del servicio. 25. Realizar semanalmente el aseo terminal incluyendo la limpieza y desinfección de autoclave a Vapor. 26. Recibir los equipos que son utilizados en los diferentes servicios y que son llevados para esterilización, verificando las condiciones de entrega y dejando registro de las mismas inmediatamente son recibidos en el área.**

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	
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	AÑO	MES
CARGO		CONSECUTIVO CONTRATACIÓN		

7. IDENTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD

[X] NUEVO	1. PLAN DE ADQUISICIONES PENDIENTE POR CONTRATAR:	SI [X]	
		NO [ ]	
	2. CONVENIO:		

[ ] REEMPLAZA A:	NOMBRE: CEDULA: NUMERO DE CONTRATO:	VoBo Presupuesto (Liberación de saldo)	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: 06
FECHA: 2018-10-02

A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA

PROCESO SOLICITANTE:	ESTERILIZACION	FECHA	16-12-2018	Nº FOLIOS	
NOMBRE DEL CANDIDATO	MANUEL DARIO RUIZ LOZANO		DOCUMENTO:	79609682	
TELEFONO			ACTIVIDAD SOLICITADA:	AUXILIAR DE ENFERMERIA	

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	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	N/A		
6	ACTAS DE GRADO DE CADA TÍTULO ACADÉMICO	SI	X	N/A		
7	CERTIFICACIONES DE CURSOS FORMALES E INFORMALES	SI	X	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	X	
9	FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA DE TITULOS ACADÉMICOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE (Técnicos, Tecnólogos, Profesionales)	SI	X	N/A		
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			
12	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT (COINCIDIR CON LA ACTIVIDAD DEL RIT): CÓDIGO CIIU _____	SI	X			
13	REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT	SI	X			
14	LIBRETA MILITAR (Hombres)	SI	X	N/A		
15	TARJETA PROFESIONAL	SI		N/A	X	
16	RESOLUCIÓN EXPEDIDA POR SECRETARIA DE SALUD (DISTRITAL O DEPARTAMENTAL) - (Personal en Salud)	SI	X	N/A		
17	CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN RETHUS (Personal de salud)	SI	X	N/A		
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	X	N/A		
20	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (Vigencia no mayor a 3 años - Dec. 723/2013)	SI	X			
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		NO ot
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 Ambulancias)	SI		N/A	X	
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: Sanidad	SI				pensionado
31	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN - NOMBRE: Sanidad	SI				11
32	FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES (FORMATO DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE) NOMBRE: Sanidad Policía	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

Vº/Bº Responsable Talento Humano		Fecha:	
Vº/Bº Dirección Talento Humano	Monica Flores Hca	Fecha:	