

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        | ENFERMERIA                              | TATIANA PAOLA CLAVIJO QUESADA          | ENFERMERO CÓDIGO 243 GRADO 20                               |

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

| ACTIVIDAD SOLICITADA                                         | PROFESIÓN U OFICIO     | NIVEL EDUCATIVO    | TIEMPO DE EXPERIENCIA |
|--------------------------------------------------------------|------------------------|--------------------|-----------------------|
| AUXILIAR ENFERMERIA HOSPITALIZACION, URGENCIAS Y QUIRURGICOS | AUXILIAR DE ENFERMERIA | AUXILIAR - TECNICO | 0 A 2 AÑOS            |

3. VALOR HONORARIOS

| VALOR HORA | NRO HORAS PROMEDIO MES | HONORARIOS FIJOS |
|------------|------------------------|------------------|
| 8470       | 192                    |                  |

4. INFORMACIÓN SOBRE EL CONTRATO

OBJETO: PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTÓNOMA, EN SU CONDICIÓN DE TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS PROCESOS DE GESTIÓN HOSPITALARIA, URGENCIAS Y QUIRÚRGICOS, 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 E.S.E., en atención y cuidados en la prestación de servicios de salud; se requiere la contratación de AUXILIAR ENFERMERIA HOSPITALIZACION, URGENCIAS Y QUIRURGICOS 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 ESPECÍFICAS: 1. Recibir y entregar turno de acuerdo a los protocolos de la entidad. 2. Controlar los signos vitales de cada uno de los pacientes asignados con la periodicidad requerida según orden médica y de la Enfermera, informando al medico y enfermera las alteraciones encontradas y registrándolos en la historia clínica digital. 3. Orientar y preparar a los pacientes para exámenes diagnóstico de acuerdo con los protocolos de manejo y tecnología requerida. Según normas establecidas para cada procedimiento. 4. Realizar actividades propias del cuidado de enfermería previniendo acciones inseguras en la prestación de servicios de salud. 5. Notificar inmediatamente las acciones inseguras ocurridas a sus pacientes al médico de turno, jefe inmediato y en el aplicativo dispuesto para ello. 6. Informar a la enfermera jefe del servicio y médico tratante, sobre los cambios del estado clínico de los pacientes en forma oportuna y adecuada. 7. Revisar la Historia clínica de los pacientes asignados conociendo su evolución diaria, tratamiento, para realizar el plan de cuidado de enfermería integral del paciente. 8. Mantener limpio y ordenado la unidad de los pacientes asignados durante el turno. 9. Realizar registros clínicos en forma oportuna, diligenciando todas las casillas correctamente y dando cumplimiento a la resolución 1995/1999. 10. Cumplir las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiológica, gestión ambiental, salud ocupacional y demás políticas Institucionales. 11. Responder por los inventarios, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos, al igual que el cuidado de la infraestructura del servicio y/o área donde se encuentre desarrollando las actividades. 12. Mantener organizadas las Historias Clínicas de conformidad con el manual de Historias clínicas vigentes para la entidad. 13. Aplicar, acatar y cumplir con los procesos, procedimientos, guías y demás normas definidas por la entidad, de conformidad con el objeto del contrato. 14. Contar con la disposición de asistir a reuniones y capacitaciones programadas por la entidad. 15. Realizar la desinfección oportuna de las camas libres y realizar los traslados necesarios para poder asignar las camas a los pacientes que lo requieran. 16. Realizar la toma oportuna de las muestras de laboratorio que requieran los pacientes con el fin de agilizar el tratamiento. 17. Asistir en la alimentación a los pacientes asignados conservando las precauciones establecidas según el caso. 18. Realizar el control de líquidos administrados y eliminados registrando en forma oportuna y adecuada los resultados. 19. Portar el uniforme de forma adecuada teniendo en cuenta las normas de presentación personal. 20. Ofrecer trato con calidez y calidad al paciente y la familia, dando una atención humanizada conservando el respeto por la dignidad humana. 21. Impartir educación al paciente y a la familia sobre los cuidados específicos a tener en casa de acuerdo a la situación clínica del paciente. 22. Mantener la reserva de la información clínica y personal de los pacientes.

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

CERTIFICACIÓN

| RECIBIDO POR: | FECHA DE RECEPCIÓN       |
|---------------|--------------------------|
| CARGO         | CONSEJUTIVO CONTRATACIÓN |

7. IDENTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD

|                                     |                                                             |                                        |                                          |
|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | 1. PLAN DE ADQUISICIONES PENDIENTE POR CONTRATAR            | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/>              |
|                                     | 2. CONVENIO:                                                |                                        |                                          |
| <input type="checkbox"/>            | NOMBRE:<br>CEDULA:<br>REEMPLAZA A: NUMERO DE CONTRATO:      | VoBo Presupuesto (Liberación de saldo) | VoBo Contratación (Presentación novedad) |
| <input type="checkbox"/>            | NOVEDAD POR SITUACIÓN ADMINISTRATIVA DE PERSONAL DE PLANTA: |                                        |                                          |

|                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                  |                                                         |                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| PROCESO SOLICITANTE:                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                  | DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA                         |                                                                  |
| NOMBRE DEL CANDIDATO                                                                                                                   | magdo Hernandez                                                                                                                                                                  | DOCUMENTO                                               | 55112434                                                         |
| TELÉFONO                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                  | 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 DE LA ENTIDAD PARA SOLICITUD DEL CONTRATO                                                                                |                                                                                                                                                                                  |                                                         |                                                                  |
| NECESIDAD DE PERSONAL OPS                                                                                                              |                                                                                                                                                                                  | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                                                                  |
| SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL                                                                                |                                                                                                                                                                                  | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                                                                  |
| CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL                                                                                             |                                                                                                                                                                                  | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                                                                  |
| C. DOCUMENTOS PERSONALES PARA ELABORACIÓN DEL CONTRATO                                                                                 |                                                                                                                                                                                  |                                                         |                                                                  |
| 1                                                                                                                                      | FOTO FONDO BLANCO, PARA CARNÉ, GUARDADA EN MERO MAGNÉTICO CON FORMATO .JPG                                                                                                       | SI                                                      | <input type="checkbox"/>                                         |
| 2                                                                                                                                      | SOPORTE INSCRIPCIÓN SECOP II (REQUERIDO EN CIRCULAR EXTERNA N° 23 de 16/03/2017)                                                                                                 | SI                                                      | <input checked="" type="checkbox"/>                              |
| 3                                                                                                                                      | FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA (SIDEAP) - (DILIGENCIADO - IMPRESO Y FIRMADO)                                                                                                      | SI                                                      | <input checked="" type="checkbox"/>                              |
| 4                                                                                                                                      | DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTA (SIDEAP) - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)                                                                                       | SI                                                      | <input checked="" type="checkbox"/>                              |
| 5                                                                                                                                      | DIPLOMAS ACADÉMICOS                                                                                                                                                              | SI                                                      | <input checked="" type="checkbox"/>                              |
| 6                                                                                                                                      | ACTAS DE GRADO DE CADA TÍTULO ACADÉMICO                                                                                                                                          | SI                                                      | <input checked="" type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> |
| 7                                                                                                                                      | CERTIFICACIONES DE CURSOS FORMALES E INFORMALES                                                                                                                                  | SI                                                      | <input checked="" type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> |
| 8                                                                                                                                      | SI ES TÍTULO DEL EXTRANJERO, RESOLUCIÓN DE CONVALIDACIÓN DE TÍTULO ANTE MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL / ICRES. (Res. 00950 del 15 de mayo de 2015)                            | SI                                                      | <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>  |
| 9                                                                                                                                      | FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE (Técnicos, Tecnólogos, Profesionales)                                                            | SI                                                      | <input type="checkbox"/> N/A <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10                                                                                                                                     | CERTIFICADOS LABORALES REGISTRADOS EN FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA (SIDEAP)                                                                                                     | SI                                                      | <input checked="" type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> |
| 11                                                                                                                                     | FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA AMPLIADA AL 100%                                                                                                                            | SI                                                      | <input checked="" type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> |
| 12                                                                                                                                     | REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT (COINCIDIR CON LA ACTIVIDAD DEL RUT) CÓDIGO CHU                                                                                                  | SI                                                      | <input checked="" type="checkbox"/>                              |
| 13                                                                                                                                     | REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT                                                                                                                                         | SI                                                      | <input checked="" type="checkbox"/>                              |
| 14                                                                                                                                     | LIBRETA MILITAR (Hombres)                                                                                                                                                        | SI                                                      | <input checked="" type="checkbox"/>                              |
| 15                                                                                                                                     | TARJETA PROFESIONAL                                                                                                                                                              | SI                                                      | <input type="checkbox"/> N/A <input checked="" type="checkbox"/> |
| 16                                                                                                                                     | RESOLUCIÓN EXPEDIDA POR SECRETARÍA DE SALUD (DISTRITAL O DEPARTAMENTAL) - (Personal en Salud)                                                                                    | SI                                                      | <input type="checkbox"/> N/A <input checked="" type="checkbox"/> |
| 17                                                                                                                                     | CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN RETIUS (Personal de salud)                                                                                                                       | SI                                                      | <input checked="" type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> |
| 18                                                                                                                                     | ANTECEDENTES ÉTICO PROFESIONALES DISCIPLINARIOS (Medicina, Enfermería, Odontología, Derecho, Ingenierías, Contaduría, Administración)                                            | SI                                                      | <input checked="" type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> |
| 19                                                                                                                                     | CARNÉ DE VACUNAS DE HEPATITIS B (Personal Asistencial) - Mínimo tres dosis vigentes (- 16 años de vigencia) V/O O TITULACIÓN (reactiva)                                          | SI                                                      | <input type="checkbox"/> N/A <input checked="" type="checkbox"/> |
| 20                                                                                                                                     | EXÁMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (Vigencia no mayor a 3 años - Dec. 723/2013)                                                                                                | SI                                                      | <input checked="" type="checkbox"/>                              |
| 21                                                                                                                                     | CERTIFICADO ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LAS VÍCTIMAS EN VIOLENCIA SEXUAL (RESOLUCIÓN N° 00307003 de 2014) (Personal Asistencial, Urgencias, Hospitalización y Consulta Externa) | SI                                                      | <input type="checkbox"/> N/A <input checked="" type="checkbox"/> |
| 22                                                                                                                                     | CARNÉ DE RADIOPROTECCIÓN (Personal expuesto a Radiaciones Ionizantes) - Vigencia 4 años                                                                                          | SI                                                      | <input type="checkbox"/> N/A <input checked="" type="checkbox"/> |
| 23                                                                                                                                     | CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN TOMA DE CITOLOGÍA (Medicina, Enfermería, Ginecología, Ginecología, Histotecnología) Resolución 2003 de 2014                                          | SI                                                      | <input type="checkbox"/> N/A <input checked="" type="checkbox"/> |
| 24                                                                                                                                     | CERTIFICADO SOPORTE VITAL BÁSICO (Enfermería, Auxiliar de Enfermería, Auxiliar Ambulancia)                                                                                       | SI                                                      | <input checked="" type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> |
| 25                                                                                                                                     | CERTIFICADO SOPORTE VITAL AVANZADO (Médicos Urgencias, atención ambulatoria SPA, salud mental y personal API)                                                                    | SI                                                      | <input type="checkbox"/> N/A <input checked="" type="checkbox"/> |
| 26                                                                                                                                     | CERTIFICADO PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia - Camilleros)                                                                                                           | SI                                                      | <input type="checkbox"/> N/A <input checked="" type="checkbox"/> |
| 27                                                                                                                                     | LICENCIA DE CONDUCCIÓN (Conductores)                                                                                                                                             | SI                                                      | <input type="checkbox"/> N/A <input checked="" type="checkbox"/> |
| 28                                                                                                                                     | ESTADO DE MULTAS (Conductores administrativos y ambulancia)                                                                                                                      | SI                                                      | <input type="checkbox"/> N/A <input checked="" type="checkbox"/> |
| 29                                                                                                                                     | FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL (SARLAF) - Completamente diligenciado - impreso y firmado con Huella                                 | SI                                                      | <input checked="" type="checkbox"/>                              |
| 30                                                                                                                                     | CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS - (COMO COTIZANTE) - NOMBRE:                                                                                                                     | SI                                                      | <input checked="" type="checkbox"/>                              |
| 31                                                                                                                                     | CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN - NOMBRE:                                                                                                                           | SI                                                      | <input checked="" type="checkbox"/>                              |
| 32                                                                                                                                     | FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES (FORMATO DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE - NOMBRE:                                                                    | SI                                                      | <input checked="" type="checkbox"/>                              |
| 33                                                                                                                                     | CERTIFICADO DE ANTECEDENTES - PROCURADURÍA (vigencia no mayor a 3 meses)                                                                                                         | SI                                                      | <input checked="" type="checkbox"/>                              |
| 34                                                                                                                                     | CERTIFICADO DE ANTECEDENTES FISCALES - CONTRALORÍA (vigencia no mayor a 3 meses)                                                                                                 | SI                                                      | <input checked="" type="checkbox"/>                              |
| 35                                                                                                                                     | CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PERSONERÍA (vigencia no mayor a 3 meses)                                                                                            | SI                                                      | <input checked="" type="checkbox"/>                              |
| 36                                                                                                                                     | CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA (vigencia no mayor a 3 meses)                                                                                                   | SI                                                      | <input checked="" type="checkbox"/>                              |
| 37                                                                                                                                     | CERTIFICACIÓN BANCARIA (Debe contener nombre y logotipo Bancario, N° de documento y N° de cuenta)                                                                                | SI                                                      | <input checked="" type="checkbox"/>                              |
| D. VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN                                                                                           |                                                                                                                                                                                  |                                                         |                                                                  |
| Vº/Bº Responsable Talento Humano                                                                                                       |                                                                                                                                                                                  | Fecha:                                                  |                                                                  |
| Vº/Bº Dirección Talento Humano                                                                                                         | Mónica Flores WA                                                                                                                                                                 | Fecha:                                                  |                                                                  |