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	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
ENFERMERO (A) HOSPITALIZACION, QUIRURGICOS Y URGENCIAS	ENFERMERO	AUXILIAR - TECNICO	0 A 2 AÑOS

3. VALOR HONORARIOS

VALOR HORA	NRO HORAS PROMEDIO MES	HONORARIOS FIJOS
15600	192	

4. INFORMACIÓN SOBRE EL CONTRATO

OBJETO: PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICIÓN DE ENFERMERO (A) JEFE PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS PROCESOS DE GESTIÓN HOSPITALARIA, URGENCIA 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 ESE., en atención y cuidados en la prestación de servicios de salud; se requiere la contratación deENFERMERO (A) HOSPITALIZACION, QUIRURGICOS Y URGENCIASpara 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 de enfermería recibiendo información e informando sobre la evolución clínica, las actividades realizadas y las pendientes, el estado de los equipos, el nivel de existencias de insumos, el inventario del servicio, del carro de paro, los traslados, ingresos, de actividades, relaciones familia – paciente y demás, con el fin de proporcionar al turno entrante la información necesaria para la continuidad del plan . 2. Formular el plan de cuidado de enfermería a cada paciente de acuerdo con la patología, la evolución y las órdenes médicas para definir lo que se debe ejecutar. 3. Distribuir entre los los auxiliares de enfermería los pacientes y las actividades específicas del servicio que deben desarrollar de acuerdo con el plan de cuidados de cada paciente. 4. Aplicar los procedimientos propios de enfermería tendientes a promover la recuperación del paciente. 5. Revisar la Historia Clínica teniendo en cuenta las órdenes médicas, la evolución y los reportes diagnósticos para valorar la evolución del paciente y garantizar integralidad en el manejo de la información. 6. Registrar en la historia clínica todas las acciones relativas al cuidado del enfermo para dejar constancia científica y legal de lo actuado. 7. Registrar las actividades realizadas de acuerdo con el sistema de información para consolidar la producción de la unidad y las especialidades. 8. Establecer las medidas necesarias para brindar una atención con calidad permitiendo dar solución a las dificultades surgidas en el desarrollo del proceso de atención al paciente, integrando a las diferentes especialidades médico quirúrgicas. 9. Realizar actividades de educación continuada dirigida a los estudiantes y el personal del servicio para el desarrollo y formación del recurso humano en salud. 10. Desarrollar actividades de actualización y discusión de casos tendientes al mejoramiento continuo de la calidad de la atención al paciente. 11. Realizar análisis de morbi –mortalidad y auditoria que promuevan procesos de mejoramiento continuo. 12. Evaluar las necesidades de medicamentos, elementos médico quirúrgicos y demás insumos requeridos para la atención del paciente con el fin de realizar los pedidos con oportunidad y suficiencia y velar por el uso racional de los mismos. 13. Socializar y mantener actualizados los procesos y procedimientos para unificar criterios en el desarrollo de las actividades. 14. Promover y realizar investigación que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnostico y manejo de los pacientes. 15. Portar el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales. 16. Cumplir la programación de turnos de servicios, realizar el cambio de turno cumpliendo con las directrices establecidas por la entidad, de acuerdo con el objeto del contrato 17. En caso de presentarse novedades, informar con anticipación dicha situación para la provisión del respectivo reemplazo. 18. Acreditar el cumplimiento del pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscal durante la vigencia del contrato, requisito indispensable para generar cada pago a su favor, anexando la planilla de pago del personal vinculado para la ejecución del contrato los aportes al sistema integral de seguridad social en salud deberán comprender salud, pensión y ARL.

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. APROBACIÓN 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		
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:

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: AI-[illegible]
VERSIÓN No. 06
FECHA: 20[illegible]

A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA

PROCESO SOLICITANTE:			
NOMBRE DEL CANDIDATO: Paula Andrea Bibos	CC:	FOLIOS:	
TELEFONO:	DOCUMENTO:	1033204183	
	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	
	SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	
	CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	

C. DOCUMENTOS PERSONALES PARA ELABORACIÓN DEL CONTRATO

		SI		NO		
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 25 de 15/03/2017)	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		NO	X	
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 ____	SI	X			
13	REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT	SI	X			
14	LIBRETA MILITAR (Hombres)	SI	X			
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	X	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	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 0459/2003 de 2014) (Personal Asistencial, Urgencias,Hospitalización y Consulta Externa)	SI	X			
22	CARNÉ DE RADIOPROTECCIÓN (Personal expuesto a Radiaciones Ionizantes) - Vigencia 4 años	SI	X	N/A		
23	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN TOMA DE CITOLOGIA (Medico, Enfermera,Bacteriologo,Citohistotecnologo,Histo-Citotecnologo) Resolución 3803 de 2014	SI		N/A	X	
24	CERTIFICADO SOPORTE VITAL BÁSICO (Enfermería, Auxiliar de Enfermería, Auxiliar Ambulancia)	SI		N/A		
25	CERTIFICADO SOPORTE VITAL AVANZADO (Médicos Urgencias, atención ambulatoria SPA, salud mental y personal APH)	SI	X	N/A		
26	CERTIFICADO PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia - Camilleros)	SI	X	N/A		
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: Famisanar	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:	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:		Fecha:	3-01-19
V°B° Dirección Talento Humano:	Mónica Rojas	Firma:	

30 M