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 |
|---|---|---|---|
| MATERNO INFANTIL | ENFERMERIA | ANA CELIA GARCIA GARCIA | 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 ESE., en atención y cuidados en la prestación de servicios de salud; se requiere la contratación deAUXILIAR ENFERMERIA HOSPITALIZACION, URGENCIAS Y QUIRURGICOSpara 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-cientificas.

**OBLIGACIONES ESPECÍFICAS: 1. Recibir y entregar turno de acuerdo a los protocolos de la entidad2. 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 ocurridos 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.15. Contar con la disposición de asistir a reuniones y capacitaciones programadas por la entidad.16. Realizar la desinfección oportuna de las camas libres y realizar los traslados necesarios para poder asignar las camas a los pacientes que lo requieran.17. Realizar la toma oportuna de las muestras de laboratorio que requieran los pacientes con el fin de agilizar el tratamiento.18. Asistir en la alimentación a los pacientes asignados conservando las precauciones establecidas según el caso.19. Realizar el control de líquidos administrados y eliminados registrando en forma oportuna y adecuada los resultados.20. Portar el uniforme de forma adecuada teniendo en cuenta las normas de presentación personal. 21. Ofrecer trato con calidez y calidad al paciente y la familia, dando una atención humanizada conservando el respeto por la dignidad humana.22. Impartir educación al paciente y a la familia sobre los cuidados especificos a tener en casa de acuerdo a la situación clínica del paciente.23. 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 | 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:<br>CEDULA:<br>NUMERO DE CONTRATO: | VoBo Presupuesto (Liberación de saldo) | VoBo Contratación (Presentacion novedad) |

[ ] NOVEDAD POR SITUACIÓN ADMINISTRATIVA DE PERSONAL DE PLANTA:

Secretaría 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 LISTA DE CHEQUEO INGRESO PERSONAL OPS

Incompleta

CODIGO: AP-TH-FT-013
VERSIÓN: 06
FECHA: 2018-10-02

| A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PROCESO SOLICITANTE: | | FECHA: | | FOLIO: | |
| NOMBRE DEL CANDIDATO: | Tania camila velasco M. | | | DOCUMENTO: | 1013688832. |
| TELEFONO: | 3138447C. | | | ACTIVIDAD SOLICITADA: | Ax – enfermic. |

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 NORMATO .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 | ✓ | | | |
| 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: E692 | 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) V/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 Nó 00302003 de 2014) (Personal Asistencial, Urgencias,Hospitalización y Consulta Externa) | SI | ✓ | | | 28/12/17 |
| 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,Citohistotecnologo,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 | | N/A | ✓ | |
| 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: Bolivar | SI | ✓ | | | |
| 33 | CERTIFICADO DE ANTECEDENTES - PROCURADURÍA (vigencia no mayor a 3 meses) 13/12/17 | 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 | | | | PEND |
| 36 | CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA (vigencia no mayor a 3 meses) 13/12/17 | SI | | | | PEND |
| 37 | CERTIFICACION BANCARIA (Debe contener membre y logotipo Bancario, N° de documento y N° de cuenta) | SI | ✓ | | | |
| | | SI | ✓ | | | |

| D. VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACION | | | |
|---|---|---|---|
| V°B° Responsable Talento Humano | Rosita Fabian cargado a | Fecha: | 29/12/17 |
| V°B° Dirección Talento Humano | Monica Lopez UC. | Fecha: | 29/12/17 |