

FECHA		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		CÓDIGO: AP-TH-FT-012 VERSIÓN: 04 FECHA: 2018-07-10	
1. INFORMACIÓN DE LA DEPENDENCIA SOLICITANTE					
UNIDAD SOLICITANTE	PROCESO: (area o ciclo de dependencia)	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA SOLICITUD	NÚMERO DE PERSONAS REQUERIDAS	PERFIL U OBJETO DEL CONTRATO DEL RESPONSABLE DE LA SOLICITUD	
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E	GESTIÓN DE LA ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA	LIDA MONTENEGRO PARRA	55	PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COORDINADORA SALUD PÚBLICA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E	
2. REQUISITOS DEL PERFIL PARA EL DESARROLLO DEL OBJETO CONTRACTUAL SOLICITADO					
ACTIVIDAD SOLICITADA	PROFESIÓN U OFICIO	NIVEL EDUCATIVO	TIEMPO DE EXPERIENCIA		
TECNICO I	TECNICO AMBIENTAL/SANEAMIENTO	TECNICO	6 Meses a 1 Año		
3. VALOR HONORARIOS					
VALOR HORA		NRO HORAS PROMEDIO MES	HONORARIOS FIJOS		
S 8.424		184			
4. INFORMACIÓN SOBRE EL CONTRATO					
OBJETO					
PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AMBIENTAL DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.					
DURACIÓN:					
UN (1) MES Y TRES (3) DIAS					
JUSTIFICACION: Como ente responsable de prestar servicios de salud de bajo y alto grado de complejidad, con enfoque en prevención de la enfermedad y promoción de calidad de vida, atención primaria integral con responsabilidad social para nuestros usuarios, su familia, la comunidad y su entorno, tiene planteados y aprobados dentro su plan de gestión institucional, diferentes procesos que le permiten el logro de sus fines y objetivos. Dentro de estos procesos, se encuentra el del proceso de salud pública con el cual se busca prestar servicios integrales de Salud. Articular el Plan de Intervenciones Colectivas y Proyectos del Fondo Desarrollo Local con las Acciones Descentralizadas de el componente Residencial.					
Para la eficaz y eficiente ejecución del proceso antes mencionado, LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E, requiere desarrollar acciones tales como: realizar asesorías a nivel individual con estudiantes en las instituciones educativas, asesorías Trabajo Saludable (ámbito laboral), asesorías integrales a nivel individual con la población beneficiaria en las instituciones de protección, asesorías de Trabajo Saludable, desarrollar procesos de asistencia técnica en los diferentes ámbitos de vida cotidiana, notificar todos los eventos de interés en salud pública detectados, participar en las actividades de planificación y gestión territorial y las demás responsabilidades que sean requeridas por parte de la Secretaría Distrital de Salud.					
OBLIGACIONES ESPECIFICAS:					
1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE. 2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o aportes que soliciten y que corresponde al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo a los anexos y lineamientos contenidos en el Contrato suscrito con el Fondo Financiero Distrital. 3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 4. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud. 5. Realizar las visitas in campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.					
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			FIRMA ORDENADOR DEL GASTO		
LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA COORDINADORA PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PSPIC Jefe de Oficina y/o Director Administrativo y/o Asistencial					
SUPERVISOR DESIGNADO	JAVIER RICARDO PEÑUELA PEREZ	C.C. 79.913.818	PROFESIONAL ESPECIALIZADO 2 REFERENTE DE GESTION		
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	DÍA	
7. IDENTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD					
☒ NUEVO:	1. PLAN DE ADQUISICIONES SI ☒ PENDIENTE POR CONTRATAR: NC ☐				
☐ REEMPLAZA A:	NOMBRE: CÉDULA: NÚMERO DE CONTRATO:				
☐ NOVEDAD POR SITUACIÓN ADMINISTRATIVA DE PERSONAL DE PLANTA:			VoBo Presupuesto (Liberación de salud) VoBo Contratación (Presentación novedad)		

A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA

PROCESO SOLICITANTE:	FECHA	22/01/19	Nº FOLIOS
NOMBRE DEL CANDIDATO	DOCUMENTO:	1020944308	
TELÉFONO	ACTIVIDAD SOLICITADA:	Técnico Ambiental	

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	SI	☐	NO	☐
SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL				
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL				

C. DOCUMENTOS PERSONALES PARA ELABORACIÓN DEL CONTRATO

1	FOTO FONDO BLANCO, PARA CARNE, GUARDADA EN MEDIO MAGNÉTICO CON FORMATO .JPG	SI	☒		
2	SOPORTE INSCRIPCIÓN SECOP II (REQUERIDO EN CIRCULAR EXTENSA No 23 de 16/03/2017)	SI	☒		
3	FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA (SIDEAP) - (DILIGENCIADO - IMPRESO - 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 TÍTULO DEL EXTRANJERO, RESOLUCIÓN DE CONVALIDACIÓN DE TÍTULO ANTE MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL / ICFES. (Res. 06950 del 15 de mayo de 2015)	SI	☐	N/A	☐
9	FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE (Técnicos, Tecnólogos, Profesionales)	SI	☒	N/A	☐
10	CERTIFICADOS LABORALES REGISTRADOS EN FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA (SI - E.S.P)	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 CHU 3900	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 SECRETARÍA DE SALUD (DISTRITAL / 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 TITULACIÓN (reactiva)	SI	☒	N/A	☐
20	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (Vigencia no mayor a 3 años - Dec. 723/2013)	SI	☒		
21	CERTIFICADO ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LAS VÍCTIMAS EN VIOLENCIA SEXUAL (RESOLUCIÓN No 0009/2003 de 2014)	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 CITOLOGÍA (Médico, Enfermera, Bacteriólogo, Citotecnólogo, Hisiopatocitólogo) 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 - Camión)	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: SURA	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: SEGUROS BOLIVAR	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	CERTIFICACIÓN BANCARIA (Debe contener nombre y logotipo Bancario, N° de documento y N° de cuenta)	SI	☒		

D. VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

Vº/Bº Responsable Talento Humano	Fecha:	
Vº/Bº Dirección Talento Humano	Fecha:	