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	22	01	2019

1. INFORMACIÓN DE LA DEPENDENCIA SOLICITANTE

UNIDAD SOLICITANTE	PROCESO: (area- servicio o 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	GESTION DE LA ATENCION FAMILIAR Y COMUNITARIA	LIDA MONTENEGRO PARRA	19	PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COORDINADORA SALUD PUBLICA 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
PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2	PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN PSICOLOGIA	UNIVERSITARIO	6 Meses a 1 Año

3. VALOR HONORARIOS

VALOR HORA	NRO HORAS PROMEDIO MES	HONORARIOS FIJOS
$ 16.304	184	

4. INFORMACIÓN SOBRE EL CONTRATO

OBJETO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN PSICOLOGIA 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 baja y algunos de mediana 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 de: 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 Desarrolladas en el componente Resolutivo
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 Secretaria Distrital de Salud

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS:

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 soportes 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 estandares de habilitación y acreditación de servicios de salud. 5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacios 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

LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA
COORDINADORA PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PSPIC
Jefe de Oficina y/o Director Administrativo y/o Asistencial

FIRMA ORDENADOR DEL GASTO

SUPERVISOR DESIGNADO: MILTON HERNANDO CARDOZO CRUZ C.C. 79.885.116 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 CONTRATACION

CERTIFICACIÓN

RECIBIDO POR:		FECHA DE RECEPCIÓN	AÑO	MES	DIA
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: CÉDULA: NÚMERO 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:		**FECHA**	23/01/2019	**Nº FOLIOS**	
NOMBRE DEL CANDIDATO	Catherine Monroe Angarita.		**DOCUMENTO:**	1020757826.	
TELEFONO	3006467746.		**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 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 ☑			
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 8692	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) Y/O O TITULACIÓN (reactiva)	SI ☑		N/A ☐	
20	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (Vigencia no mayor a 3 años - Dec. 723/2013) 13/12/16.	SI ☑			
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 ☑	
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,Citoistotecnologo,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 ☑			
30	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS - (COMO COTIZANTE) - NOMBRE: Sanitas	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: _____	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	Angie Cifuentes	**Fecha:**	25/01/19
Vº/Bº Dirección Talento Humano		**Fecha:**	