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	2019	01	02

1. INFORMACIÓN DE LA DEPENDENCIA SOLICITANTE

UNIDAD SOLICITANTE	PROCESO: (área- servicio o dependencia)	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA SOLICITUD	NÚMERO DE PERSONAS REQUERIDAS	PERFIL U OBJETO DEL CONTRATO DEL RESPONSABLE DE LA SOLICITUD
SAN BLAS	TRASLADOS SECUNDARIOS	LUZ GUISELLE LINARES JIMENEZ	1	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
MEDICO GENERAL AMBULANCIAS	MEDICO GENERAL AMBULANCIAS	PROFESIONAL	CERO (0) A DOS (2) AÑOS

3. VALOR HONORARIOS

VALOR HORA	NRO HORAS PROMEDIO MES	HONORARIOS FIJOS
$ 33000	186	

4. INFORMACIÓN SOBRE EL CONTRATO

OBJETO: PRESTAR SUS SERVICIOS PERSONALES Y PROFESIONALES, EN SU CONDICIÓN DE MEDICO DE TRANSPORTE ASISTENCIAL MEDICALIZADO, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES Y DEMÁS ASIGNADAS, EN LOS DIFERENTES SERVICIOS Y EN LAS UNIDADES QUE SE REQUIERA, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

DURACIÓN: SEIS (6) MESES

JUSTIFICACION: La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., presta servicios de salud cumpliendo con criterios de calidad (oportunidad, accesibilidad, continuidad, pertinencia y seguridad) acorde con la Ley 100 de 1993, Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011 y la Ley 1751 de 2015, las cuales tienen como fin primordial garantizar la adecuada prestación de los servicios de salud a los usuarios. Con el propósito de dar cumplimiento a las funciones encomendadas por ley, la Subred adelanta los procesos contractuales respectivos con el fin de coadyuvar al cumplimiento de la misión institucional. En atención a lo anterior se requiere la contratación de personal técnico laboral y profesional para dar continuidad al desarrollo de los procesos asistenciales con criterios de calidad y poder cumplir con los convenios y contratos suscritos con las diferentes entidades responsables de pago.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS: 1. Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan de atención de su profesión 2. Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación 3. Cumplir con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica 4. Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente 5. Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente 6. Diligenciar el consentimiento informado acorde con la atención brindada 7. Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación 8. Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención 9. Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos, guías, manuales, protocolos relacionados con la atencion Prehospitalaria y demás establecidos por la Entidad, además de apoyar la implementación de los mismos 10. Apoyar a la Entidad en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales 11. Realizar resúmenes de historia clínica u otros documentos asistenciales o administrativos según se requiera 12. Dar respuesta a quejas o requerimientos oportunamente cuando se le asigne 13. Promover las normas de bioseguridad, d ocupacional, gestión ambiental y calidad en los servicios asignados 14. Cumplir con la aplicación de Protocolos Distritales de Respuesta a Emergencias y cadena de custodia 15. Apoyar el cumplimiento de las normas del ...tema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la normatividad vigente 16. Porte de uniforme institucional de manera adecuada y decorosa 17. Portar el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales 18. Cumplir la programación de turnos de servicios; en los casos de novedades informar con anticipación para la provisión del respectivo reemplazo 19. Cumplir la programación de turnos de servicios, realizar el cambio de turno cumpliendo con las directrices establecidas por la institución; en los casos de novedades informar con anticipación para la provisión del respectivo reemplazo.

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

LUZ GUISELLE LINARES JIMENEZ P.R

DAISY MERCEDES BORRERO CAMPOS

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 Ma

6. ESPACIO EXCLUSIVO PARA EL ÁREA DE CONTRATACIÓN

CERTIFICACIÓN

RECIBIDO POR:		**FECHA DE RECEPCIÓN**	AÑO	MES	DÍA
CARGO		**CONSECUTIVO CONTRATACIÓN**			

7. IDENTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD

☐	**NUEVO:**	1. PLAN DE ADQUISICIONES PENDIENTE POR CONTRATAR: SI ☐ NO ☐		
		2. CONVENIO:		
☐	**REEMPLAZA A:**	**NOMBRE:** **CÉDULA:** **NÚMERO DE CONTRATO:**	VoBo Presupuesto (Liberación de saldo)	VoBo Contratación (Presentación 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-F1
VERSIÓN: 06
FECHA: 2018-10-02

A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA

PROCESO SOLICITANTE:		FECHA:		Nº FOLIOS:	
NOMBRE DEL CANDIDATO:	Juan Monjares	DOCUMENTO:	79687293.		
TELEFONO		ACTIVIDAD SOLICITADA:	Medico		

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 8621	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) - Minimo tres dosis vigentes (- 10 años de vigencia) V/O O TITULACIÓN 2003 (reactiva)	SI	☐	N/A	☐	P.
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 No 00002003 de 2014) (Personal Asistencial, Urgencias, Hospitalización y Consulta Externa)	SI	☐	N/A	☐	P
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, Histotecnologo) 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	☐	P. V. 2018
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: Famisanar	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)	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

V°B° Responsable Talento Humano	Skeb Pmr	Fecha:	
V°B° Dirección Talento Humano	Tania Florez MA	Fecha:	