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
CAPS CHIRCALES	PEDIATRIA	GUILLERMO RUBIO GÜIZA	1	MEDICO GENERAL CÓDIGO 211 GRADO 31

2. REQUISITOS DEL PERFIL PARA EL DESARROLLO DEL OBJETO CONTRACTUAL SOLICITADO

ACTIVIDAD SOLICITADA	PROFESIÓN U OFICIO	NIVEL EDUCATIVO	TIEMPO DE EXPERIENCIA
PEDIATRA	PEDIATRA	PROFESIONAL	CERO (0) A DOS (2) AÑOS

3. VALOR HONORARIOS

VALOR HORA	NRO HORAS PROMEDIO MES	HONORARIOS FIJOS
$ 75280	186	

4. INFORMACIÓN SOBRE EL CONTRATO

OBJETO: PRESTAR SUS SERVICIOS PERSONALES Y PROFESIONALES, EN SU CONDICIÓN DE ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA , 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 especialidad. 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. Participar en la programación de actividades del área. 5. Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. 6. Realizar resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos según se requiera. 7. Notificar los sucesos de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. 8. Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente. 9. Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. 10. Diligenciar el consentimiento informado acorde con la atención brindada. 11. Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación. 12. Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención. Emitir conceptos médicos que se le requieran. 14. Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la normatividad vigente. 15. Responder por los elementos asignados para el desempeño de las actividades asignadas. 16. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. 17. Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos, guías, manuales, protocolos y demás establecidos por la Entidad, además de apoyar la implementación de los mismos. 18. Apoyar a la Entidad en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales. 19. Participar en la elaboración y actualización de los manuales de normas procedimientos y protocolos asistenciales del área. 20. Instruir a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de su especialidad. 21. Mantener la reserva de la información. 22. Informar al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones. 23. Velar porque la atención sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio. 24. Desarrollar actividades de docencia de servicio en la revista médica u otro espacio dirigidas a los estudiantes y/o personal del servicio para el desarrollo y formación del recurso humano en salud si aplica. 25. Desarrollar las actividades de supervisión de los contratos cuando estas sean asignadas.

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

GUILLERMO RUBIO GÜIZA	
MARIA DEL ROSARIO BERNAL BALMES	**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 MG

6. ESPACIO EXCLUSIVO PARA EL ÁREA DE CONTRATACIÓN

CERTIFICACIÒN

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-FT-013
VERSIÓN: 06
FECHA: 2018-10-02

A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA

PROCESO SOLICITANTE:		FECHA:	Nº FOLIOS
NOMBRE DEL CANDIDATO:	Greis Yunnina	DOCUMENTO:	1082508813
TELEFONO		ACTIVIDAD SOLICITADA:	Pediatria 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) firma	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 (Tecnicos, Tecnólogos, Profesionales) Univ de los Andes (Venezuela)	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 ☒	N/A ☐
12	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT (COINCIDIR CON LA ACTIVIDAD DEL RIT): CÓDIGO CIIU 8621	SI ☒	
13	REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT 8621	SI ☐	
14	LIBRETA MILITAR (Hombres)	SI ☐	
15	TARJETA PROFESIONAL	SI ☐	N/A ☐
16	RESOLUCIÓN EXPEDIDA POR SECRETARIA DE SALUD (DISTRITAL O DEPARTAMENTAL) - (Personal en Salud) Pendiente	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) 7-03-2018	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,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 (SARLAFT) - 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: Anexar formulario	SI ☐	Vinculacion
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) 16-12-2018	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) 16-12-2018	SI ☒	
37	CERTIFICACION BANCARIA (Debe contener nombre y logotipo Bancario, Nº de documento y Nº de cuenta)	SI ☒	

D. VERIFICACIÓN REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

V°B° Responsable Talento Humano	Diana Florez	Fecha:	22-01-2018
V°B° Dirección Talento Humano	Diana Florez Ma	Fecha:	