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 ALTAMIRA | CONSULTA EXTERNA | FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO | 1 | PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 27 |

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

| ACTIVIDAD SOLICITADA | PROFESIÓN U OFICIO | NIVEL EDUCATIVO | TIEMPO DE EXPERIENCIA |
|---|---|---|---|
| AUXILIAR ENFERMERIA AMBULATORIA | AUXILIAR ENFERMERIA AMBULATORIA | AUXILIAR Y/O TECNICO | CERO (0) A UN (1) AÑO |

**3. VALOR HONORARIOS**

| VALOR HORA | NRO HORAS PROMEDIO MES | HONORARIOS FIJOS |
|---|---|---|
| $ 7866 | 186 | |

**4. INFORMACIÓN SOBRE EL CONTRATO**

**OBJETO:** PRESTAR SUS SERVICIOS PERSONALES DE APOYO, EN SU CONDICIÓN DE TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS PROCESOS DE GESTIÓN AMBULATORIA Y RIESGO, 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.Prestar sus servicios como auxiliar de enfermeria en lo relacionado con actividades de promoción de la salud y detección de la enfermedad en actualización bases de datos, asignación de citas, demanda inducida, seguimiento, vacunación, esterilización, desinfección de consultorios y demás procedimientos, actividades y reportes que se derivan de la atención, de acuerdo a demanda de servicios y según disponibilidad de tiempo, enmarcado dentro de los parámetros de calidad definidos en la normatividad vigente del sistema obligatorio de garantía de calidad en salud y acogiendo las guías y protocolos definidos por la Subred. 2.Apoyar los procesos relacionados con SIVIGILA, IAAS, BAI, EEVV y seguimiento a cohortes. 3.Realizar actividades de educación a usuarios, familiares conforme a lo requerido en la subred. 4.Cumplir con las normas de bioseguridad, limpieza y desinfección conforme a los protocolos y guías institucionales. 5.Apoyar el proceso relacionado con gestión de fuentes de información.

**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**

| | |
|---|---|
| **FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO** | |
| **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**

**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:** | | | |

CD en Blanc

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: | Sandra Plazas | DOCUMENTO: | 52.833.296 | | |
| TELEFONO: | | ACTIVIDAD SOLICITADA: | Auxiliar de enfermería | | |

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 | 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 ☒ | |
| 6 | ACTAS DE GRADO DE CADA TÍTULO ACADÉMICO | SI ☒ | N/A ☐ |
| 7 | CERTIFICACIONES DE CURSOS FORMALES E INFORMALES | SI ☒ | N/A ☐ |
| 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 ☒ | NO ☐ |
| 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 ☒ | N/A ☐ |
| 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) 8692 | SI ☒ | |
| 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) 9-12-2016 | SI ☒ | N/A ☐ |
| 21 | CERTIFICADO ATENCION INTEGRAL EN SALUD A LAS VICTIMAS EN VIOLENCIA SEXUAL (RESOLUCION No 00502003 de 2014) (Personal Asistencial, Urgencias,Hospitalización y Consulta Externa) | SI ☒ | |
| 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: Sura Sanar | SI ☒ | |
| 31 | CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN - NOMBRE: Protección | SI ☒ | |
| 32 | FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES (FORMATO DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE)-NOMBRE: Bolívar | 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) 14-12-2018 | SI ☒ | |
| 35 | CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PERSONERÍA (vigencia no mayor a 3 meses) 11 | SI ☒ | |
| 36 | CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA (vigencia no mayor a 3 meses) 14-12-2018 | SI ☒ | |
| 37 | CERTIFICACION BANCARIA (Debe contener nombre y logotipo Bancario, N° de documento y N° de cuenta) | SI ☒ | |

D. VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

| | | | |
|---|---|---|---|
| V°B° Responsable Talento Humano | Zulica Chinchilla | Fecha: | 03/01/2019 |
| V°B° Dirección Talento Humano | Mónica Pérez M. | Fecha: | 03/01/2019 |