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 | 02 | 13 |
|---|---|---|---|

**1. INFORMACIÓN DE LA DEPENDENCIA SOLICITANTE**

| UNIDAD SOLICITANTE | PROCESO: (area- servicio o dependencia) | NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA SOLICITUD | CARGO U OBJETO DEL CONTRATO DEL RESPONSABLE DE LA SOLICITUD |
|---|---|---|---|
| SANTA CLARA | ENFERMERIA | TATIANA PAOLA CLAVIJO QUESADA | 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 |
|---|---|---|---|
| CAMILLERO | CAMILLERO | AUXILIAR - TECNICO | 0 A 2 AÑOS |

**3. VALOR HONORARIOS**

| VALOR HORA | NRO HORAS PROMEDIO MES | HONORARIOS FIJOS |
|---|---|---|
| 7490 | 186 | |

**4. INFORMACIÓN SOBRE EL CONTRATO**

**OBJETO** PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTÓNOMA, EN SU CONDICIÓN DE CAMILLERO, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS DIFERENTES SERVICIOS CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

**DURACIÓN:** 5 MESES

**JUSTIFICACIÓN**: Para la ejecución de los procesos misionales de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE., en atención y cuidados en la prestación de servicios de salud; se requiere la contratación de CAMILLERO para atender los requerimientos a través de la ejecución de planes del cuidado que garanticen el proceso de atención integral en la fase de fomento promoción, prevención, tratamientos y rehabilitación de la salud de los usuarios y sus familias contribuyendo a mejorar la calidad de su estado de salud- enfermedad bajo las mejores condiciones técnico-científicas.

**OBLIGACIONES ESPECÍFICAS:1. Trasladar los pacientes a los servicios, verificando la disponibilidad de la cama, seguridad e integridad del paciente (barandas arriba, oxigeno, protegiendo al paciente del frio, y cuidado de su intimidad) y demás reglamentación establecida por la Entidad.2. Trasladar las muestras biológicas al laboratorio clínico, de forma oportuna.3. Usar los elementos de bioseguridad en el traslado de muestras y procedimientos.4. Tramitar la facturación de órdenes de servicio en forma oportuna (laboratorios, ecografías, rayos X, etc.)5. Trasladar los equipos e insumos a los servicios, velando por la integridad y seguridad de los mismos.6. Responder por el inventario que se le ha asignado, utilizando adecuadamente los equipos y elementos suministrados para llevar a cabo su actividad.7. Realizar la desinfección de los equipos asignados, de acuerdo al protocolo.8. Asumir de forma responsable y respetuosa la atención al paciente y compañeros del servicio.9. Conservar, mantener y garantizar la reserva legal de la Historia Clínica.10. Asistir a las reuniones del grupo funcional y capacitaciones programadas por la entidad, de conformidad con sus actividades.11. Mantener reserva de la información que le sea suministrada en desarrollo de su servicio y de todos aquellos propios del mismo.12. Informar daños de equipos o accidentes ocurridos durante el traslado de pacientes.13. Informar oportunamente al referente del proceso inconvenientes que se presenten con pacientes, muestras y equipos.14. Trasladar los pacientes fallecidos a la morgue y ubicarlos en la nevera destinada para tal fin.15. Realizar traslado de los pacientes a los diferentes exámenes y valoraciones requeridas, en forma oportuna y segura, de conformidad con las necesidades del servicio.16. Tramitar oportunamente las ordenes de exámenes especiales emitidas como tac, ecografías, ecocardiogramas, endoscopias, etc.17. Dar cumplimiento a guías y protocolos establecidos por la Entidad.18. Ofrecer trato con calidez y calidad al paciente y la familia, dando una atención humanizada conservando el respeto por la dignidad humana.19. Participar en las actividades de código rojo, código azul, y aplicación de las guías y protocolos de gestión de hemocomponentes. 20. Realizar la entrega de sus actividades al finalizar las mismas.**

**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**

| | |
|---|---|
| TCIGNO<br>FIRMA RESPONSABLE | |
| Jefe de Oficina y/o Director Administrativo y/o Asistencial | 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 |
| CARGO | | CONSECUTIVO CONTRATACIÓN | | |

**7. IDENTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD**

| | | | |
|---|---|---|---|
| X | 1. PLAN DE ADQUISICIONES PENDIENTE POR CONTRATAR: | SI | X |
| NUEVO | | NO | |
| | 2. CONVENIO:_____ | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ REEMPLAZA A: | NOMBRE:<br>CEDULA:<br>NUMERO DE CONTRATO: | VoBo Presupuesto (Liberación de saldo) | VoBo Contratación (Presentacion novedad) |
| ☐ | NOVEDAD POR SITUACIÓN ADMINISTRATIVA DE PERSONAL DE PLANTA: | | |

completo

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: | Maria. N Rodriguez | DOCUMENTO: | 53.168.375 |
| TELEFONO: | | ACTIVIDAD SOLICITADA: | camillero |

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 ☒ | 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. 6965) del 15 de mayo de 2015) | SI ☐ | N/A ☒ |
| 9 | FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA DE TITULOS ACADÉMICOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE (Técnicos, Tecnólogos, Profesionales) fumefi. | 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 8692 | 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) 9-01-2019 | SI ☒ | |
| 21 | CERTIFICADO ATENCION INTEGRAL EN SALUD A LAS VICTIMAS EN VIOLENCIA SEXUAL (RESOLUCION No 00302003 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) Resolucion 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: Salud Total | SI ☒ | |
| 31 | CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN - NOMBRE: Colfondos | SI ☒ | |
| 32 | FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES (FORMATO DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE- NOMBRE: Sura | SI ☒ | |
| 33 | CERTIFICADO DE ANTECEDENTES - PROCURADURÍA (vigencia no mayor a 3 meses) 8-01-2019 | 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) 8-01-2019 | 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 | Dalia M. | Fecha: | 15-02-2019 |
| V°B° Dirección Talento Humano | Monica Mc | Fecha: | |