

FECHA	2018	12	17
-------	------	----	----

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 CENTRO ORIENTE	FINANCIERA - CUENTAS MEDICAS	CARMEN ROSARIO AGUILAR GARCIA	7	COORDINADORA DE CUENTAS MEDICAS SUBRED CENTROORIENTE

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

ACTIVIDAD SOLICITADA	PROFESIÓN U OFICIO	NIVEL EDUCATIVO	TIEMPO DE EXPERIENCIA
TECNICO ADMINISTRATIVO II	TECNICO	TECNICO	MINIMO DOS AÑOS DE EXPERIENCIA RELACIONADA CON LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR

3. VALOR HONORARIOS

VALOR HORA	NRO HORAS PROMEDIO MES	HONORARIOS FIJOS
\$ 9.146	\$ 240	\$ 2.195.000

4. INFORMACIÓN SOBRE EL CONTRATO

OBJETO: APOYO TECNICO A LA GESTION DEL PROCESO DE CUENTAS MEDICAS

DURACIÓN: SIES (6) MES

JUSTIFICACION: NECESIDADES DEL SERVICIO PARA LA RESPUESTA DE GLOSA

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS: 1. Clasificar los motivos de la glosa, teniendo en cuenta si la causa es administrativa o científica para facilitar el proceso de respuesta. 2. Ubicar los soportes y documentos necesarios para efectuar las respuestas de las glosas y objeciones de los diferentes pagadores, con el fin de agilizar el proceso de contestación. 3. Respuesta de glosa en el sistema de información. 4. Verificar que la respuesta de la glosa lleve los soportes necesarios para que los diferentes pagadores realicen los tramites pertinentes, contribuyendo a dar continuidad en los diferentes procesos. 5. Armar el paquete de respuesta de glosa con todos los soportes para ser radicados ante la Entidad. 6. Preparar y presentar oportunamente informes de actividades para dar cumplimiento a la obligación contractual. 7. Cuidar los bienes y recursos asignados. 8. Las demás actividades que lo sean asignadas y que sean inherentes al objeto contractual.

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	FIRMA ORDENADOR DEL GASTO
<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>

Jefe de Oficina y/o Director Administrativo y/o Asistencial

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

CERTIFICACIÓN

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

7. IDENTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD

☒ NUEVO:	1. PLAN DE ADQUISICIONES SI ☒ PENDIENTE POR CONTRATAR: 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:		

PROCESO SOLICITANTE:		DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA	
NOMBRE DEL CANDIDATO	Juan Ramirez	FECHA	2019/03/10
TELÉFONO		DOCUMENTO	103055 4074
ACTIVIDAD SOLICITADA		Técnico Administrativo II	
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 FÍSICO			
B. DOCUMENTOS DE LA ENTIDAD PARA SOLICITUD DEL CONTRATO			
NECESIDAD DE PERSONAL OPS		SI ☐ NO ☐	
SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL		SI ☐ NO ☐	
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 TÍTULO DEL EXTRANJERO, RESOLUCIÓN DE CONVALIDACIÓN DE TÍTULO ANTE MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL / ICFES. (Res. 06950 del 15 de mayo de 2015)	SI	☒ NO ☐
9	FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE (Técnicos, Tecadlogos, 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 RUT): CÓDIGO CHU 8299	SI	☒
13	REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT	SI	☒
14	LIBRETA MILITAR (Hombres)	SI	☒
15	TARJETA PROFESIONAL	SI	☒ N/A ☐
16	RESOLUCIÓN EXPEDIDA POR SECRETARÍA DE SALUD (DISTRITAL O DEPARTAMENTAL) - (Personal en Salud)	SI	☒ N/A ☐
17	CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN RETIUS (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 (vacuna)	SI	☒ N/A ☐
20	EXÁMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (Vigencia no mayor a 3 años - Dec. 723/2013)	SI	☒
21	CERTIFICADO ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LAS VÍCTIMAS EN VIOLENCIA SEXUAL (RESOLUCIÓN No 6026/2003 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 CITOLOGÍA (Médico, Enfermera, Bacteriólogo, Citotecnólogo, Histotecnólogo) Resolución 2003 de 2014	SI	☒ N/A ☐
24	CERTIFICADO SOPORTE VITAL BÁSICO (Enfermería, Auxiliar de Enfermería, Auxiliar Ambulancia)	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 (SARLAP) - Completamente diligenciado - Impreso y Firmado con Huella	SI	☒
30	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS - (COMO COTIZANTE) - NOMBRE: Famisasa	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, N° de documento y N° de cuenta)	SI	☒
D. VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN			
VPB Responsable Talento Humano	Zulien chinchilla	Fecha:	03/10/2019
Nº DE Dirección Talento Humano	Mónica flores	Fecha:	03/10/2019