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-TII-FT-012**
**VERSIÓN: 04**
**FECHA: : 2018-07-10**

| FECHA | 2018 | 12 | 21 |
|---|---|---|---|

**1. INFORMACIÓN DE LA DEPENDENCIA SOLICITANTE**

| UNIDAD SOLICITANTE | PROCESO: (área- servicio o dependencia) | NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA SOLICITUD | CARGO U OBJETO DEL CONTRATO DEL RESPONSABLE DE LA SOLICITUD |
|---|---|---|---|
| SANTA CLARA | QUIRURGICOS | EDGAR URIEL JARA HERRERA | 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 |
|---|---|---|---|
| CIRUJANO GENERAL | CIRUJANO | PROFESIONAL | 0 A 2 AÑOS |

**3. VALOR HONORARIOS**

| VALOR HORA | NRO HORAS PROMEDIO MES | HONORARIOS FIJOS |
|---|---|---|
| 72220 | 120 | |

**4. INFORMACIÓN SOBRE EL CONTRATO**

**OBJETO: PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES, DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICIÓN DE ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL, 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: 6 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 deCIRUJANO GENERALpara 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. 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. Tener la disposición de 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 completa, oportuna, sistematizada y legible la historia clínica del paciente (en los casos en que se presenten fallas del sistema, los formatos) , consentimiento informado, reportes de estudios y demás registros propios de su actuar, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoria y demás directrices relacionadas con el manejo de historias clínicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con firma y sellomiento informado acorde con la atención brindada. 10. Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación. 11. Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención. 13. Emitir conceptos médicos que se le requieran en lo atinente a su especialidad. 12. Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la normatividad vigente. 13. Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas. 14. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. 15. Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos, guías, manuales, protocolos y demás establecidos por la Entidad, además de apoyar la implementación de los mismos. 16. Apoyar a la Entidad en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales. 17. Participar en la elaboración y actualización de los manuales de normas procedimientos y protocolos asistenciales del área. 18. Instruir a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de su especialidad. 19. Mantener la reserva de la información. 20. Informar al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones. 21. Velar porque la atención sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio. 22. 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. 23. Desarrollar las actividades de supervisión de los contratos cuando estas sean asignadas. 24. Portar el uniforme institucional de manera adecuada y decorosa. 25. Portar el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales. 26. 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. 27. Acreditar el cumplimiento del pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscal durante la vigencia del contrato, requisito indispensable para generar cada pago a su favor, anexando la planilla de pago del personal vinculado para la ejecución del contrato los aportes al sistema integral de seguridad social en salud deberán comprender salud, pensión y ARL.**

**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 | |
|---|---|
| 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/orequerido 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 |
|---|---|---|---|---|
| CARGO | | CONSECUTIVO CONTRATACIÓN | | |

**7. IDENTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD**

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| [ ] | NOMBRE:<br>CEDULA:<br>REEMPLAZA A: NUMERO DE CONTRATO: | VoBo Presupuesto (Liberación de saldo) | VoBo Contratación (Presentacion novedad) |

[ ] NOVEDAD POR SITUACIÓN ADMINISTRATIVA DE PERSONAL DE PLANTA:

Completa — 13

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: | GESTION QUIRURGICA | FECHA | 28 DICIEMBRE DE 2018 | Nº FOLIOS | |
| NOMBRE DEL CANDIDATO | RONALD YESID TOBAR BONILLA | | DOCUMENTO: | 80217594 | |
| TELEFONO | 3208318195 | | ACTIVIDAD SOLICITADA: | CIRUJANO GENERAL | |

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 -0010 | 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) - 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) | 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, (SARLAF) - Completamente diligenciado - Impreso y Firmado con Huella | SI ☑ | |
| 30 | CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS - (COMO COTIZANTE) - NOMBRE: Alianzalud. | 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: POSITIVA. | 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 | Juan Ramírez | Fecha: | 29-12-2018 |
| V°B° Dirección Talento Humano | Mónica Florez | Fecha: | |