

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
SAN BLAS	APOYO TERAPEUTICO	MARIA ESNEDA ROCHA GAONA	PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA SALUD COD 237 GR 15

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

ACTIVIDAD SOLICITADA	PROFESIÓN U OFICIO	NIVEL EDUCATIVO	TIEMPO DE EXPERIENCIA
TERAPEUTA RESPIRATORIA	TERAPEUTA	AUXILIAR - TECNICO	0 A 2 AÑOS

3. VALOR HONORARIOS

VALOR HORA	NRO HORAS PROMEDIO MES	HONORARIOS FIJOS
15600	240	

4. INFORMACIÓN SOBRE EL CONTRATO

OBJETO: PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICIÓN DE TERAPEUTA RESPIRATORIA 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 E.S.E., en atención y cuidados en la prestación de servicios de salud; se requiere la contratación de TERAPEUTA RESPIRATORIA 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. Realizar las actividades diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cada paciente. 2. Realizar evaluaciones e intervención a usuarios con alteraciones en el desarrollo psicomotor, y pacientes que presentan deficiencia en su sistema osteomuscular y neurológico. 3. Realizar las valoraciones de los pacientes de interconsultas de los diferentes servicios. 4. Realizar tratamiento y seguimiento a los pacientes valorados. 5. Dar pautas de manejo a las madres y/o familiares de los pacientes valorados. 6. Ejecución del plan individual de habilitación / rehabilitación, en relación a las actividades individuales y/o grupales definidas para el usuario ambulatorio u hospitalizado y de acuerdo a las características del servicio 7. Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes 8. Participación en las actividades de revista, caso clínico con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación / rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado 8. Informar al usuario, su familia o cuidador las actividades que debe seguir, al inicio de su proceso de habilitación/rehabilitación y posterior a la ejecución del plan de intervención o su egreso 9. Llevar registro de la atención de las 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 10. Participar en la programación de las actividades de la entidad. 11. Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. 12. 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. 13. Impartir instrucciones al personal relacionado con el manejo de los pacientes. 14. Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. 15. Realizar las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio. 16. Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención. 17. Participación en la actualización e implementación de guías de manejo, protocolos y procedimientos requeridos en el servicio 18. Informar las dificultades surgidas en el desarrollo del proceso de habilitación/ rehabilitación del usuario, así como los insumos, materiales y equipo necesario para el desarrollo de las actividades. 19. Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del área. 20. Participación en investigación que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios. 21. Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado. 22. Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la normatividad vigente. 23. Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento. 24. Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas. 25. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. 26. Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Entidad, además de apoyar la implementación de los mismos.

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. APROBACIÓN 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/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
CARGO	CONSECUTIVO CONTRATACIÓN

7. IDENTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD

☒ NUEVO	1. PLAN DE ADQUISICIONES PENDIENTE POR CONTRATAR:	SI ☒	NO ☐
	2. CONVENIO:		

☐	NOMBRE: CEDULA: REEMPLAZA A: NUMERO DE CONTRATO:	VoBo Presupuesto (Liberación de saldo)	VoBo Contratación (Presentación novedad)
--------------------------	--	--	--

☐ NOVEDAD POR SITUACIÓN ADMINISTRATIVA DE PERSONAL DE PLANTA:

PROCESO SOLICITANTE		PERSONA QUE GENERA EL CONTRATO		FOLIOS	
NOMBRE DEL CANDIDATO: Rosa Adriana Carrón		DOCUMENTO: 3203023365		FOLIOS: 52114.415	
TELÉFONO: 3203023365		ACTIVIDAD SOLICITADA: Terapeuta Resp			
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					
SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL					
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL					
C. DOCUMENTOS PERSONALES PARA ELABORACIÓN DEL CONTRATO					
1	FOTO FONDO BLANCO, PARA CARNE, GUARDADA EN MEDIO MAGNÉTICO CON FORMATO .JPG	SI	☒	NO	☐
2	SOPORTE INSCRIPCIÓN SECOP II (REQUERIDO EN CIRCULAR EXTERNA No 23 de 16/07/2017)	SI	☒	NO	☐
3	FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA (SIDEAP) - (DILIGENCIADO - IMPRESO Y FIRMADO)	SI	☒	NO	☐
4	DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTA (SIDEAP) - Firmada y con fecha (Ley 196 de 1995)	SI	☒	NO	☐
5	DIPLOMAS ACADÉMICOS	SI	☒	NO	☐
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, Tecadólogos, Profesiones)	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 156%	SI	☒	N/A	☐
12	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT (COINCIDIR CON LA ACTIVIDAD DEL RUT). CÓDIGO CIU	SI	☒	N/A	☐
13	REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT	SI	☒	N/A	☐
14	LIBRETA MILITAR (Hombres)	SI	☒	N/A	☐
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, Ingeniería, Contaduría, Administración)	SI	☒	N/A	☐
19	CARNÉ DE VACUNAS DE HEPATIS B (Personal Asistencial) - Mínimo tres días vigentes (- 10 años de vigencia) V/O O TITULACIÓN (reactiva)	SI	☒	N/A	☐
20	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (Vigencia no mayor a 3 años - Dec. 723/2013)	SI	☒	N/A	☐
21	CERTIFICADO ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LAS VÍCTIMAS EN VIOLENCIA SEXUAL (RESOLUCIÓN No 00902003 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, Histocitotecnólogo) 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 1.º y 2.º 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 (SAILAF) - Completamente diligenciado - Impreso y Firmado con Huella	SI	☒	N/A	☐
30	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS - (COMO COTIZANTE) - NOMBRE: Nueva eps	SI	☒	N/A	☐
31	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN - NOMBRE: Positivo	SI	☒	N/A	☐
32	FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES (FORMATO DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE - NOMBRE: Positivo)	SI	☒	N/A	☐
33	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES - PROCURADURÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☒	N/A	☐
34	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES FISCALES - CONTRALORÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☒	N/A	☐
35	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PERSONERÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☒	N/A	☐
36	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☒	N/A	☐
37	CERTIFICACIÓN BANCARIA (Debe contener nombre y logotipo bancario, N° de documento y N° de cuenta)	SI	☒	N/A	☐
D. VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN					
VºBº Responsable Talento/Huandío		Fecha:		02-01-19	
VºBº Dirección Talento/Huandío		Fecha:		02-01-19	