

10
No 549
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 NECESIDAD DE PERSONAL	CÓDIGO: AP-TIH-FT-012 VERSIÓN: 03 FECHA: 2017-05-24
---	--	--

FECHA	2018	05	16
-------	------	----	----

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
ALTAMIRA	URGENCIAS	DANIEL HUERTAS	LIDER PROCESO URGENCIAS

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

ACTIVIDAD SOLICITADA	PROFESIÓN U OFICIO	NIVEL EDUCATIVO	TIEMPO DE EXPERIENCIA
MEDICO GENERAL URGENCIAS	MEDICO GENERAL	PROFESIONAL	0-2 años

3. VALOR HONORARIOS

VALOR HORA	NRO HORAS PROMEDIO MES	HONORARIOS FIJOS
\$ 29.450	200	

4. INFORMACIÓN SOBRE EL CONTRATO

OBJETO: Prestar sus servicios personales y profesionales, en su condición de medico, 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.

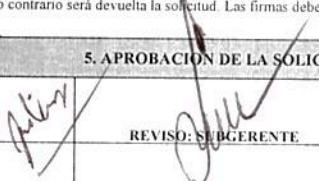
DURACIÓN: 2 meses

JUSTIFICACION: Con el objeto de garantizar la continuidad en la prestación de los servicios hospitalarios de médico general de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS CENTRO ORIENTE E.S.E.; servicios debidamente habilitados y ofertados por la unidad según la capacidad instalada y demanda de usuarios, propendiendo por la cobertura de los servicios dentro de un marco de calidad.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS: 1. Realizar las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos determinados dentro del plan de manejo, con un alto nivel científico, ético y humano, de una manera oportuna y pertinente, en correspondencia con las necesidades de los pacientes, y teniendo en cuenta que todas las decisiones clínicas generadas en la atención médica, procurarán el mejoramiento de la salud del paciente, el uso racional del conocimiento médico y de los recursos disponibles.

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	 REVISÓ: SUBGERENTE	 FIRMA ORDENADOR DEL GASTO
CARGO Y NOMBRE	CARGO Y NOMBRE	

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
☒ REEMPLAZA A: ELIANA SOTELO QUE PASA AL SERVICIO DE HOSPITALIZACION
☐ NOVEDAD POR:

A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA

PROCESO SOLICITANTE:	Alfomira	FECHA:		N° FOLIOS:	
NOMBRE DEL CANDIDATO:	Estefanía Vargas N	DOCUMENTO:	109118112		
TELÉFONO:	3043984470	ACTIVIDAD SOLICITADA:	Medico 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 FÍSICO

B. DOCUMENTOS DE LA ENTIDAD PARA SOLICITUD DEL CONTRATO

1	NECESIDAD DE PERSONAL OPS		
2	SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL		
3	CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	SI ☐	NO ☐

C. DOCUMENTOS PERSONALES PARA ELABORACIÓN DEL CONTRATO

1	SOPORTE INSCRIPCIÓN SECOP II	SI ☒	
2	FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	SI ☒	
3	DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	SI ☒	
4	DIPLOMAS ACADÉMICOS	SI ☐	N/A ☐
5	ACTAS DE GRADO DE CADA TÍTULO ACADÉMICO	SI ☐	N/A ☐
6	CERTIFICACIONES DE CURSOS FORMALES E INFORMALES	SI ☐	NO ☐
7	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 ☐	N/A ☒
8	FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS (Técnicos, Tecnólogos, Profesionales)	SI ☒	N/A ☐
9	CERTIFICADOS LABORALES REGISTRADOS EN FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA	SI ☒	N/A ☐
10	FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA AMPLIADA AL 150%	SI ☒	
11	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT: CÓDIGO CIU <u>20021</u> FECHA <u> </u>	SI ☒	
12	REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT	SI ☒	
13	LIBRETA MILITAR (Hombres)	SI ☐	N/A ☒
14	TARJETA PROFESIONAL	SI ☒	N/A ☐
15	RESOLUCIÓN EXPEDIDA POR SECRETARÍA DE SALUD (DISTRITAL O DEPARTAMENTAL) - (Personal en Salud)	SI ☐	N/A ☒
16	CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN RETIUS (Personal de salud)	SI ☐	N/A ☐
17	ANTECEDENTES ÉTICO PROFESIONALES DISCIPLINARIOS (Medicina, Enfermería, Odontología, Derecho, Ingenierías, Contaduría, Administración)	SI ☐	N/A ☐
18	CARNÉ DE VACUNAS DE HEPATITIS B (Personal Asistencial) - Mínimo tres dosis vigentes (0 / 1 mes / 6 meses / 1 año - 10 años de vigencia) Y/O O TITULACIÓN (reactiva)	SI ☒	N/A ☐
19	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (Vigencia no mayor a 3 años - Dec. 723/2013)	SI ☒	
20	CARNÉ DE RADIOPROTECCIÓN (Personal expuesto a Radiaciones Ionizantes) - Vigencia 4 años	SI ☐	N/A ☐
21	CERTIFICADO SOPORTE VITAL BÁSICO (Enfermería, Auxiliar de Enfermería, Auxiliar Ambulancias)	SI ☐	N/A ☒
22	CERTIFICADO SOPORTE VITAL AVANZADO (Médicos Urgencias, atención ambulatoria SPA, salud mental y personal APH)	SI ☐	N/A ☒
23	CERTIFICADO PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia - Camilleros)	SI ☐	N/A ☒
24	LICENCIA DE CONDUCCIÓN (Conductores)	SI ☐	N/A ☒
25	ESTADO DE MULTAS (Conductores administrativos y ambulancia)	SI ☐	N/A ☒
26	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL (SARLAF) - Completamente diligenciado	SI ☒	
27	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS - NOMBRE: <u>Sonitas</u>	SI ☒	
28	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN - NOMBRE: <u>TRANSISTAS</u>	SI ☒	
29	FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES - NOMBRE: <u>BOHIO</u>	SI ☒	
30	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES - PROCURADURÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☒	
31	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES FISCALES - CONTRALORÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☒	
32	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PERSONERÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☒	
33	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☒	
34	CERTIFICACIÓN BANCARIA (Debe contener nombre, N° de documento y N° de cuenta)	SI ☒	

D. VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

V/B° Proceso Solicitante:		Fecha:	
V/B° Talento Humano:		Fecha:	
V/B° Contratación:		Fecha:	