Riesgo NUTI
Completo

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Se
Centro Oriente 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: 03
FECHA: 2017-05-24

FECHA	10	05	2018	

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	SERVICIOS COMPLEMENTARIOS PATOLOGIA	YESICA PAOLA SEPULVEDA BRAVO	REFERENTE APOYO DIAGNOSTICO

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

ACTIVIDAD SOLICITADA	PROFESIÓN U OFICIO	NIVEL EDUCATIVO	TIEMPO DE EXPERIENCIA
MEDICO PATOLOGO	MEDICO PATOLOGO	ESPECIALISTA	0 - 2 AÑOS

3. VALOR HONORARIOS

VALOR HORA	NRO HORAS PROMEDIO MES	HONORARIOS FIJOS
$ 70,000	170	

4. INFORMACIÓN SOBRE EL CONTRATO

OBJETO
Prestar sus servicios profesionales de manera personal y autónoma, , en su condición de Patólogo para la ejecución de actividades asistenciales en los procesos de gestión de Servicios Complementarios conforme a las necesidades de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

DURACIÓN:
UN (1) MES

STIFICACION:
La Sub Red Centro Oriente cuenta con diferentes servicios , que realiza actividades encaminadas a brindar el soporte cientifico, sobre el cual se realiza el seguimiento adecuado de los pacientes para garantizar una optima evolución del mismo. Actualmente con el personal de planta con el que se cuenta no se alcanza a cubrir todas las actividades necesarias para su funcionamiento, por tal razón se requiere la contratación de personal Medico Patologo , por orden de prestación de servicios, quien apoyara el proceso de atencion en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

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. 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 adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.10. Diligenciar el consentimiento informado acorde con la atención brindada.11. Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.12. Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención. 13. Emitir conceptos médicos que se le requieran.14. Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la normatividad vigente.15. Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas.16. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.17. Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos, guías, manuales, protocolos y demás establecidos por la Entidad, además de apoyar la implementación de los mismos. 18. Apoyar a la Entidad en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales. 19. Participar en la elaboración y actualización de los manuales de normas procedimientos y protocolos asistenciales del área.20. Instruir a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de su especialidad. 21. Mantener la reserva de la información.22. Informar al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones.23 Velar porque la atención sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio. 24. 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. 25. Desarrollar las actividades de supervisión de los contratos cuando estas sean asignadas. 26. Descripción macroscópica de muestras del área quirúrgica y remitidos al laboratorio de patología, con el fin de elaborar su posterior lectura, corrección del informe escrito, solicitud de nuevos cortes, solicitud de coloraciones especiales y toma de cortes adicionales.27. Recepción de liquidos para su lectura y corrección del informe escrito.28. Descripción microscópica de muestras remitidas al laboratorio de patología, con el fin de elaborar su posterior lectura y corrección del informe escrito.29. Realizar los respectivos informes, incluyendo revisión de la literatura.30. Realizar la práctica de autopsias. 31. Diligenciar certificados de defunción de los pacientes autopsiados.32. Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad con el fin de disminuir los riesgos tanto para los funcionarios como para la comunidad y el medio ambiente.

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 YESICA PAOLA SEPULVEDA BRAVO	REVISO SUBGERENTE LUIS FERNANDO PINEDA ÁVILA	
CARGO Y NOMBRE	CARGO Y NOMBRE	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	DIA
CARGO		CONSECUTIVO CONTRATACIÓN			

7. IDENTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD

- [X] **NUEVO**
- [ ] **REEMPLAZA A:** Reemplaza Médico. - Hobart Puente.
- [ ] **NOVEDAD POR:**

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: 05
FECHA: 2017-11-08

A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA

PROCESO SOLICITANTE:	Santa Clara	FECHA:		N° FOLIOS:	
NOMBRE DEL CANDIDATO:	Nelson Fabian Castro	DOCUMENTO:	79883427		
TELEFONO:	3118210841	ACTIVIDAD SOLICITADA:	Médico Patologo		

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

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

C. DOCUMENTOS PERSONALES PARA ELABORACION 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 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 ☑
8	FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA DE TITULOS 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 CIIU 8699 FECHA _____	SI ☑	
12	REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT	SI ☑	
13	LIBRETA MILITAR (Hombres)	SI ☑	N/A ☐
14	TARJETA PROFESIONAL	SI ☑	N/A ☐
15	RESOLUCION EXPEDIDA POR SECRETARIA DE SALUD (DISTRISTAL O DEPARTAMENTAL) - (Personal en Salud)	SI ☑	N/A ☐
16	CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN RETHUS (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: Compensar	SI ☑	
28	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN - NOMBRE: old mutual	SI ☑	
29	FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES - NOMBRE: Liberty	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	CERTIFICACION 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:	

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: 05
FECHA: 2017-11-08

A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA

PROCESO SOLICITANTE:		**FECHA**		**Nº FOLIOS**	
NOMBRE DEL CANDIDATO	Nelson F falla Castellanos	**DOCUMENTO:**	79883427.		
TELEFONO		**ACTIVIDAD SOLICITADA:**	Medico Patologo.		

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

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 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	☐
8	FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA DE TITULOS 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 CIIU _____ FECHA _____	SI	☑		
12	REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT	SI	☑		
13	LIBRETA MILITAR (Hombres)	SI	☑	N/A	☐
14	TARJETA PROFESIONAL	SI	☑	N/A	☐
15	RESOLUCION EXPEDIDA POR SECRETARIA DE SALUD (DISTRISTAL O DEPARTAMENTAL) - (Personal en Salud)	SI	☑	N/A	☐
16	CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN RETHUS (Personal de salud)	SI	☑	N/A	☐
17	ANTECEDENTES ÉTICO PROFESIONALES DISCIPLINARIOS (Medicina, Enfermería, Odontología, Derecho, Ingenierías, Contaduría, Adminsitración)	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: _____	SI	☑		
28	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN - NOMBRE: _____	SI	☑		
29	FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES - NOMBRE: _____	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	CERTIFICACION BANCARIA (Debe contener nombre, Nº de documento y Nº de cuenta)	SI	☑		

D. VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

Vº/Bº Proceso Solicitante		**Fecha:**	
Vº/Bº Talento Humano:		**Fecha:**	
Vº/Bº Contratación:		**Fecha:**	