735

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-TH-FT-012
VERSIÓN: 03
FECHA: 2017-05-24

FECHA	3	07	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
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E	GESTION DE LA ATENCION FAMILIAR Y COMUNITARIA	LIDA MONTENEGRO PARRA	PROFESIONAL ESPECIALIZADO SALUD PUBLICA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

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

ACTIVIDAD SOLICITADA		PROFESIÓN U OFICIO	NIVEL EDUCATIVO	TIEMPO DE EXPERIENCIA
8	TECNICO 1	TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA	TECNICO	Minimo 1 Año

3. VALOR HONORARIOS

VALOR HORA	NRO HORAS PROMEDIO MES	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
$ 16.848	184	$ 1.500.000	$ 12.000.000

4. INFORMACIÓN SOBRE EL CONTRATO

OBJETO

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO DE ASOCIACION N. 2181120 SUSCRITO ENTRE FONADE Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

DURACIÓN:

UN MES

JUSTIFICACION: En el marco del Convenio Interadministrativo de Asociación No. 2181120 , suscrito entre el Fondo Financiero de Proyectos de Desarollo _FONADE y la SISS Centro Oriente ESE el cual tiene por objeto :"Aunar Esfuerzos técnicos, humanos, económicos y logísticos para implementar el Modelo de Promoción y prevención y acceso al diagnóstico de VIH con enfoque comunitario en población clave (hombres que tiene relaciones sexuales con Hombres HSH, mujer transgénero MTRans y personas que se inyectan droga PID de la ciudad de Bogotá- Zona Centro Oriente, para el logro de los objetivos del Proyecto "Ampliación de la Respuestra Nacional al VIH con enfoque de vulnerabilidad en Colombia" , dada la situación epidemiológica del País y el comportamiento de la morbi-mortalidad por VIH ; asi mismo establece como desafio enfocarse en la necesidad de sistematizar, documentar y presentar un Modelo de Intervención Comunitaria para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en el marco de la respuesta al VIH y el Sida. Es asi, como establece en su anexo técnico la contratación de un talento humano que permita en la articulación con otros sectores dar respuestas integrales acordes con las necesidades de cada territorio, a traves del aboraje a las comunidades y el desarrollo de las acciones de promoción, prevención, diagnóstico y atención del VIH con los grupos clave, con enfoque de derechos y vulnerabilidad.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS:

1. Apoyar la inducción a la demanda en lugares de encuentro de la población clave, para realización de tamizaje para VIH.
2. Realizar asesoria para prueba voluntaria pre y pos. Este proceso no puede ser menor a 30 minutos por persona, por lo cual se aclara que FONADE supervisará el número de pruebas dia realizadas por asesor para verificar el cumplimiento de este estandar minimo.
3. Toma y lectura de pruebas rapidas en población clave.
4. Garantizar la firma de consentimiento informado, tanto para la realización de la prueba como para el seguimiento del usuario en caso de tener un resultado reactivo.
5. Manejo adecuado de los resultados biologicos segun la norma.
6. Adoptar las estrategias necesarias para constatar que la información suministrada por el usuario sea correcta.
7. Adoptar estrategias que reduzcan la probabilidad de repetición de personas alcanzadas en el tamizaje.
8. Diligenciar adecuadamente los formatos 02, consentimiento informado y 03 (cuando aplique) suministrados por FONADE
9. Participar en los procesos de planeación de actividades para el cumplimiento de metas.

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	REVISO: SUBGERENTE	
LIDA MONTENEGRO PARRA PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD - COORDINADORA PIC		
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

CERTIFICACIÓN

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

7. IDENTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD

[X] **NUEVO**

[ ] **REEMPLAZA A:**

[ ] **NOVEDAD POR:**

COD 24

✓ Auxiliares FONADE

N° 806. 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 LISTA DE CHEQUEO INGRESO PERSONAL OPS

CÓDIGO: AP-TH-FT-013
VERSIÓN: 05
FECHA: 2017-11-08

A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA

PROCESO SOLICITANTE:	Salud Publica	**FECHA**		**Nº FOLIOS**	
NOMBRE DEL CANDIDATO	Yamenis Lopez		**DOCUMENTO:**	1077423271	
TELEFONO	3213560161		**ACTIVIDAD SOLICITADA:**	Auxiliar de Enfermeria	

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	☑			SE DEBE ADJUNTAR EL PANTALLAZO INDICADO - GUARDE SU CONTRASEÑA Y USUARIO YA QUE EL
2	FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	SI	☑			FIRMADO CON FECHA ACTUAL Y CIUDAD
3	DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	SI	☑			FIRMADO CON FECHA ACTUAL Y CIUDAD
4	DIPLOMAS ACADÉMICOS	SI	☑	N/A	☐	TECNICOS: DIPLOMA TECNICO Y DIPLOMA BACHILLER - PROFESIONALES: SOLO DIPLOMA PREGRADO - ESPECIALISTAS: DIPLOMA PREGRADO Y DIPLOMA ESPECIALISTA
5	ACTAS DE GRADO DE CADA TÍTULO ACADÉMICO	SI	☑	N/A	☐	TECNICOS: ACTA TECNICO Y ACTA BACHILLER - PROFESIONALES: SOLO ACTA PREGRADO - ESPECIALISTAS: ACTA PREGRADO Y ACTA ESPECIALISTA
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	X	
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	☐	UNICAMENTE LOS QUE REGISTRADOS EN EL FORMATO DE HOJA DE VIDA
10	FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA AMPLIADA AL 150%	SI	☑			
11	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT: CÓDIGO CIIU 8692 FECHA _____	SI	☑			CON MARCA DE AGUA QUE DIGA; CERTIFICADO O COPIA CERTIFICADO
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	☑	APLICA PARA PROFESIONALES Y TECNICOS DEL AREA DE LA SALUD
16	CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN RETHUS (Personal de salud)	SI	☑	N/A	☐	APLICA PARA PROFESIONALES Y TECNICOS DEL AREA DE LA SALUD
17	ANTECEDENTES ÉTICO PROFESIONALES DISCIPLINARIOS (Medicina, Enfermería, Odontología, Ingenierías, medicina veterinaria,Derecho, 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	☑	APLICA A TODOS LOS PERFILES
19	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (Vigencia no mayor a 3 años - Dec. 723/2013)	SI	☑			APLICA A TODOS LOS PERFILES Y DEBE APLICARSELO EN CUALQUIER INSTITUCION LEGALMENTE CONSTITUIDAS
20	CARNÉ DE RADIOPROTECCIÓN (Personal expuesto a Radiaciones Ionizantes) - Vigencia 4 años	SI	☐	N/A	X	
21	CERTIFICADO SOPORTE VITAL BÁSICO (Enfermería, Auxiliar de Enfermería, Auxiliar Ambulancias)	SI	☐	N/A	X	
22	CERTIFICADO SOPORTE VITAL AVANZADO (Médicos Urgencias, atención ambulatoria SPA, salud mental y personal API)	SI	☐	N/A	X	
23	CERTIFICADO PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia - Camilleros)	SI	☐	N/A	X	
24	LICENCIA DE CONDUCCIÓN (Conductores)	SI	☐	N/A	X	
25	ESTADO DE MULTAS (Conductores administrativos y ambulancia)	SI	☐	N/A	X	
26	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL (SARLAF) - Completamente diligenciado	SI	☑			DILIGENCIAR LO QUE SE ENCUENTRA EN GRIS - ESTE FORMATO DEBE VENIR ESCANEADO E IMPRESO CON HUELLA Y FIRMA ORIGINAL
27	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS - NOMBRE: _____ ? P.	SI	☑			CERTIFICADO COMO INDEPENDIENTE (Pendiente)
28	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN - NOMBRE: Proteccion	SI	☑			
29	FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES - NOMBRE: Bolivar	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

Vº/Bº Proceso Solicitante		**Fecha:**	
Vº/Bº Talento Humano:	Jose Alfredo S/ Maglio	**Fecha:**	06/07/2018
Vº/Bº Contratación:		**Fecha:**	