DIEGO 2

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 | 2018 | 07 | 3 | |
|---|---|---|---|---|

## 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 | UCI ADULTOS | TATIANA CLAVIJO QUESADA | ENFERMERA |

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

| ACTIVIDAD SOLICITADA | PROFESIÓN U OFICIO | NIVEL EDUCATIVO | TIEMPO DE EXPERIENCIA |
|---|---|---|---|
| ENFERMERA | ENFERMERA | PROFESIONAL | 0-2 AÑOS |

## 3. VALOR HONORARIOS

| VALOR HORA | NRO HORAS PROMEDIO MES | HONORARIOS FIJOS |
|---|---|---|
| $ 15.600 | 200 | |

## 4. INFORMACIÓN SOBRE EL CONTRATO

**OBJETO: Prestar sus servicios de Apoyo de manera personal y autonoma, en su condicion de Enfermero (a) Jefe para la ejecución de actividades asistenciales en los procesos de gestion hospitalaria, urgencias y quirurgicos, conforme a las necesidades de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente.**

**DURACIÓN: 1 MES**

**JUSTIFICACION: Con el objeto de garantizar continuidad en la prestación de servicio de salud hospitalarios de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS CENTRO ORIENTE E.S.E., de acuerdo a los servicios debidamente habilitados y ofertados por la unidad según la capacida instalada y la demanda de usuarios, propendiendo por la cobertura de los servicios de un marco de calidad, eficiencia y calidad. Se solicita como nuevo cntrato Enfermera (o) profesional para la vacante existente en la unidad Santa Clara en el servicio de Medicina Interna en el turno de la Tarde.**

**OBLIGACIONES ESPECÍFICAS: 1. Ejecutar procedimientos y cuidados a los pacientes que por su estado de salud así lo requieran 2. Realizar plan de cuidado diario de enfermería de acuerdo al diagnóstico y necesidades identificadas.3. Verificar y aplicar medidas preventivas de acciones inseguras e identificando riesgos, gestionando la seguridad del paciente.4. Administrar y verificar el cuidado directo a los pacientes de acuerdo a los protocolos y guías establecidas del servicio utilizando técnicas asepsia y antisepsia y normas de bioseguridad.5. Comprobar el cumplimiento de las actividades del personal auxiliar de enfermería y camilleros mediante observación directa e verificando la realización de procedimientos y revisando registros de enfermería.6. Realizar actualización del Kardex y tarjetas de medicamentos de acuerdo con las normas establecidas, en forma escrita y cada vez que se requiera el cambio en el tratamiento del paciente.7. Administrar y registrar en sistema de información los medicamentos oportunamente, de acuerdo con las técnicas de asepsia y antisepsia, normas de bioseguridad, protocolo de administración de medicamentos y a los correctos para la administración de medicamentos, reportar a médico tratante y referentes las novedades en los mismos para su correspondiente reajuste de tratamiento.8. Controlar los suministros y existencias de insumos y medicamentos de los pacientes del servicio.9. Realizar las devoluciones al servicio de farmacia de los medicamentos e insumos por pacientes antes del egreso y diariamente cuando así lo amerite.10. Realizar los pedidos de elementos e insumos para su respectivo servicio necesarios para los pacientes, tramitando ante el área que los provee, en el formato correspondiente y en las fechas establecidas11. Participar en forma activa en la revista médica diaria dando sus aportes según el caso.12. Revisar diariamente que los venoequipos, drenajes, buretroles y demás elementos invasivos del paciente que se manejen según protocolo y se lleven los registros correspondientes correctamente.13. Realizar la asignación de los pacientes a cada auxiliar de acuerdo al número de pacientes, complejidad y de acuerdo a las necesidades del servicio.14. Participar activamente en el sistema de vigilancia epidemiológica mediante la notificación oportuna de informes de los casos o posibles brotes infecciosos para toma de conductas que prevengan la presencia o proliferación de infecciones en los servicios.15. Gestionar las actividades, procedimientos y demás, del servicio aplicando las medidas que garanticen la calidad del servicio.16. Responder por los inventarios conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos, al igual que el cuidado de la infraestructura del servicio y/o área donde se encuentre desarrollando las actividades. 17. Realizar la asignación oportuna de camas para los pacientes que lo requieran, realizando los traslados necesarios para tal fin tanto de los pacientes como en el sistema de información.18. Participar en el recibo y entrega de turno de forma cumplida, oportuna, reportando las novedades presentadas por cada paciente asignado y novedades en equipos e insumos del servicio.19. Asistir a las reuniones de grupo funcional y capacitaciones programadas por la institución.20. Tramitar de forma oportuna exámenes de laboratorio, de radiologia, exámenes especiales y remisiones que requieran los pacientes a cargo.21. Dar cumplimiento a la resolución 1995 del 1999 y al manual de manejo de Historia Clínica establecido en la institución, y demás normas afines al manejo de historia clínica.22. Aplicar, acatar y cumplir con los procesos, procedimientos, guías y demás normas definidos por la Institución.23. Portar el uniforme blanco de forma adecuada teniendo en cuenta las normas de presentación personal establecidas por la Institución. 24. Notificar inmediatamente las acciones inseguras ocurridas a sus pacientes al médico de turno y en el aplicativo dispuesto para ello.25. Ofrecer trato con calidez y calidad al paciente y la familia, dando una atención humanizada conservando el respeto por la dignidad humana.26. Impartir educación al paciente y a la familia sobre los cuidados específicos a tener en casa de acuerdo a la situación clínica del paciente.27. Participar activamente en el desarrollo de las actividades de acreditación y aplicación de las políticas Institucionales.28. Elaborar y participar en el desarrollo de los procesos y procedimientos que sean solicitados por el supervisor del contrato.**

**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 | FIRMA ORDENADOR DEL GASTO |
|---|---|---|
| CARGO Y NOMBRE: Tatiana P Clavijo Enfermera | 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

### CERTIFICACIÒN

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

## 7. IDENTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD

- [ ] **NUEVO:**
- [ ] **REEMPLAZA A:**
- [X] **NOVEDAD POR: SE REQUIERE DAR CONTINUIDAD, YA QUE VENIA CON CONTRATO HASTA EL 9 DE JUNIO DE 2018, CON SALDO A CERO.**

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: 04**
**FECHA: 2017-09-12**

## A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **PROCESO SOLICITANTE:** | | **FECHA** | | **Nº FOLIOS** | |
| **NOMBRE DEL CANDIDATO** | Michaell A. Peña A. | **DOCUMENTO:** | 1.073.674.107 | | |
| **TELEFONO** | 3017437390 | **ACTIVIDAD SOLICITADA:** | | | |

**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 | FORMATO INSCRIPCION DE SECOP | 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: Sanitas | SI | ☒ | | | |
| 28 | CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN - NOMBRE: Porvenir | SI | ☒ | | | |
| 29 | FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES - NOMBRE: Seguros 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, 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:** | 17/06/2018 |
| **Vº/Bº Contratación:** | | **Fecha:** | |