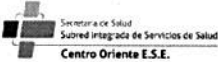


Dra Jeimy Ouito

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN TALENTO HUMANO FORMATO NECESIDAD DE PERSONAL		CÓDIGO: AP-TH-FI-012 VERSIÓN: 03 FECHA: 2017-05-24	
FECHA	2018	7	5		
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	
UPSS SANTA CLARA	HOSPITALIZACION	DR. PEDRO GONZALEZ		MEDICO GENERAL	
2. REQUISITOS DEL PERFIL PARA EL DESARROLLO DEL OBJETO CONTRACTUAL SOLICITADO					
ACTIVIDAD SOLICITADA	PROFESIÓN U OFICIO	NIVEL EDUCATIVO		TIEMPO DE EXPERIENCIA	
MEDICO GENERAL	MEDICO GENERAL	PROFESIONAL		0-2 AÑOS	
3. VALOR HONORARIOS					
VALOR HORA		NRO HORAS PROMEDIO MES		HONORARIOS FIJOS	
\$ 29,450		220			
4. INFORMACIÓN SOBRE EL CONTRATO					
OBJETO: PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES, DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICION DE MEDICO GENERAL, PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES Y DEMAS 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: UN MES,					
JUSTIFICACION: Con el objeto de garantizar la continuidad en la prestación de los servicios hospitalarios 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 y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan de atención de su profesión. 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. 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. 7. Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente. 8. Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad; Realizando los registros correspondientes en la historia clínica, solicitudes de exámenes diagnósticos, formulación de medicamentos, formatos no POS, interconsultas, remisiones y otros documentos según indicaciones de los médicos tratantes, y avalado con firma y sello por los Médicos Especialistas. 9. Diligenciar el consentimiento informado acorde con la atención brindada. 10. Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación. 11. Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención. 12. Emitir conceptos médicos que se le requieran. 13. Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la normatividad vigente. 14. Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas. 15. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. 16. Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos, guías, manuales, protocolos y demás establecidos por la Entidad, además de apoyar la implementación de los mismos. 17. Apoyar a la Entidad en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales. 18. Participar en la elaboración y actualización de los manuales de normas procedimientos y protocolos asistenciales del área. 19. Instruir a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de su especialidad. 20. Mantener la reserva de la información. 21. Informar al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones. 22. Velar porque la atención sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio. 23. Apoyo en procedimientos médico quirúrgicos según solicitud del médico tratante. 24. Realizar resúmenes de historia clínica, epícrisis u otros documentos asistenciales o administrativos según se requiera. 25. Participar en las Revistas Médicas con la especialidad pertinente, reuniones académicas, juntas médicas, reuniones asistenciales o administrativas según las necesidades del servicio y cuando se le requiera. 26. Realizar seguimiento a las estancias prolongadas con el fin de agilizar el giro cama. 27. Dar respuesta a quejas o requerimientos oportunamente cuando se le asigne. 28. Acompañamiento de visitas externas a los servicios cuando se requieran. 29. Promover las normas de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad en los servicios asignados. 30. Desarrollar las actividades de supervisión de los contratos cuando estas sean asignadas.					
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 CARGO Y NOMBRE		 REVISÓ: SUBGERENTE 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					
☒	NUEVO: 1032428729 <i>Termino contrato 9 agosto no tiene terminación de contrato ni reembolso</i>				
☒	REEMPLAZA A: DR. JULIAN VARGAS A PARTIR DE 10 DE AGOSTO DE 2018.				
☒	NOVEDAD POR: REALIZAR ACTIVIDADES COMO MEDICO GENERAL EN EL AREA DE MEDICINA INTERNA, EN LAS DIFERENTES UNIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE; YA QUE EL DR. JULIAN VARGAS POR MOTIVOS PERSONALES REALIZARA SUS ACTIVIDADES HASTA EL DIA 9 DE AGOSTO DE 2018				

DIEGO

 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:	Hospitalización	FECHA:		Nº FOLIOS:	
NOMBRE DEL CANDIDATO:	Jeimy Katharine Quito	DOCUMENTO:	1012382851		
TELÉFONO:	3123092469	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	☒	N/A	☐	
2	FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)				
	SI	☒	N/A	☐	
3	DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)				
	SI	☒	N/A	☐	
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 / ICES. (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	☒	N/A	☐	
11	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT: CÓDIGO CIU _____ FECHA _____				
	SI	☒	N/A	☐	
12	REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT				
	SI	☒	N/A	☐	
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 RETHUS (Personal de salud)				
	SI	☒	N/A	☐	
17	ANTECEDENTES ÉTICO PROFESIONALES DISCIPLINARIOS (Medicina, Enfermería, Odontología, Derecho, Ingenierías, Contaduría, Administración)				
	SI	☒	N/A	☐	
18	CARNE 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	☒	N/A	☐	
20	CARNE 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 APM)				
	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	☒	N/A	☐	
27	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS - NOMBRE: _____				
	SI	☒	N/A	☐	
28	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN - NOMBRE: _____				
	SI	☒	N/A	☐	
29	FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES - NOMBRE: _____				
	SI	☒	N/A	☐	
30	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES - PROCURADURÍA (vigencia no mayor a 3 meses)				
	SI	☒	N/A	☐	
31	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES FISCALES - CONTRALORÍA (vigencia no mayor a 3 meses)				
	SI	☒	N/A	☐	
32	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PERSONERÍA (vigencia no mayor a 3 meses)				
	SI	☒	N/A	☐	
33	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA (vigencia no mayor a 3 meses)				
	SI	☒	N/A	☐	
34	CERTIFICACIÓN BANCARIA (Debe contener nombre, Nº de documento y Nº de cuenta)				
	SI	☒	N/A	☐	
D. VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN					
Vº/Bº Proceso Solicitante	JOSE A. TORRES		Fecha:	19/07/2013	
Vº/Bº Talento Humano:			Fecha:		
Vº/Bº Contratación:			Fecha:		