

Febra

FECHA	2018	07	09
-------	------	----	----

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
LA VICTORIA	CONSULTA EXTERNA	DIANA ISABEL MORA MORALES	ENFERMERA

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

ACTIVIDAD SOLICITADA	PROFESIÓN U OFICIO	NIVEL EDUCATIVO	TIEMPO DE EXPERIENCIA
AUXILIAR DE ENFERMERIA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	TECNICO	0-2 años

3. VALOR HONORARIOS

VALOR HORA	NRO HORAS PROMEDIO MES	HONORARIOS FIJOS
\$ 7.600	200	

4. INFORMACIÓN SOBRE EL CONTRATO

OBJETO: Prestar sus servicios personales de apoyo, en su condición de Técnico en Auxiliar de Enfermería para la ejecución de actividades asistenciales en los procesos de gestión ambulatoria y riesgo, conforme a las necesidades de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

DURACIÓN: 1 mes

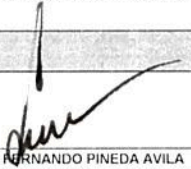
JUSTIFICACION: Con el objetivo de garantizar la prestación de servicios de salud tanto Ambulatorios, como Urgencias y Hospitalarios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.; de acuerdo a los servicios debidamente habilitados y ofertados por la unidad según la capacidad instalada y la demanda de usuarios, propendiendo por la cobertura de los servicios en un marco de calidad eficiencia y efectividad.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS:

1. Prestar sus servicios como auxiliar de enfermería en lo relacionado con actividades de promoción de la salud y detección de la enfermedad en actualización bases de datos, asignación de citas, demanda inducida, seguimiento, vacunación, esterilización, desinfección de consultorios y demás procedimientos, actividades y reportes que se derivan de la atención, de acuerdo a demanda de servicios y según disponibilidad de tiempo, enmarcado dentro de los parámetros de calidad definidos en la normatividad vigente del sistema obligatorio de garantía de calidad en salud y acogiendo las guías y protocolos definidos por la Subred.
2. Apoyar los procesos relacionados con SIVIGILA, IAAS, BAI, EEVV y seguimiento a cohortes.
3. Realizar actividades de educación a usuarios, familiares conforme a lo requerido en la subred.
4. Cumplir con las normas de bioseguridad, limpieza y desinfección conforme a los protocolos y guías institucionales.
5. Apoyar el proceso relacionado con gestión de fuentes de información.
6. Desarrollar las actividades para el fortalecimiento de los centros de atención primarios (CAPS) en el marco del convenio 1219 de 2017.

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

 DIANA ISABEL MORA MORALES ENFERMERA	 MARIA DEL ROSARIO BERNAL BALMES SUBGERENTE SERVICIOS DE SALUD (E)	 LUIS FERNANDO PINEDA AVILA FIRMA ORDENADOR DEL GASTO (E)
---	---	--

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

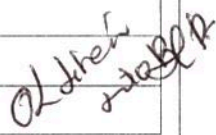
6. ESPACIO EXCLUSIVO PARA EL ÁREA DE CONTRATACIÓN

CERTIFICACIÓN

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

7. IDENTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD

☐ NUEVO:
☐ REEMPLAZA A: ALEJANDRA RINCON PS 1619 2018
☐ NOVEDAD POR:



A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA	
PROCESO SOLICITANTE	18-1019
NOMBRE DEL CANDIDATO	JOSE A. MORALES
TELÉFONO	3057101461
FECHA	
DOCUMENTO	52902843
ACTIVIDAD SOLICITADA	OPS

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 AFILIACIÓN PARA SOLICITUD DEL CONTRATO	
1. NECESIDAD DE PERSONAL OPS	SI ☐ NO ☐
2. SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	
3. CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	SI ☐ NO ☐

C. DOCUMENTOS PERSONALES PARA LA 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 / 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 ☒
11. REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT: CÓDIGO CHU _____ FECHA _____	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, Ingeniería, Contaduría, Administración)	SI ☒ N/A ☐
18. CARNÉ DE VACUNAS DE HEPATITIS B (Personal Asistencial) - Mínimo tres dosis vigentes (0 / 1 inas / 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. CERTIFICACIÓN BANCARIA (Debe contener nombre, N° de documento y N° de cuenta)	SI ☒

D. VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN	
Verificación	JOSE A. MORALES
Registro	19 JUL 2018