



| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <p>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER</p> | <p>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</p> |  <p>Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud</p> |
| <p>Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05</p> | <p>COMUNICACION EXTERNA</p> | <p>Página 1 de 1</p> |

**FORMULARIO SOLICITUD APROBACIÓN DE PLAZAS TEMPORALES DE SERVICIO
SOCIAL OBLIGATORIO EN EL MARCO DE LA PANDEMIA COVID-19
(Resol. 0000778 del 19 de Mayo de 2020)**

I. INFORMACIÓN BASICA

NOMBRE DE LA ESE o IPS: _____ MUNICIPIO: _____

DIRECCIÓN: _____ TELEFONO: _____

II. NATURALEZA JURIDICA DE LA INSTITUCION

PUBLICA: _____ PRIVADA: _____ NO DEFINIDA: _____

PERSONERIA JURIDICA (ACTO DE CREACIÓN): _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: _____ CC. No. _____

NIVEL DE ATENCIÓN: PRIMERO _____ SEGUNDO: _____ TERCERO: _____

III. INFORMACIÓN DE LA PLAZA

SEDE DE LA PLAZA (IPS): _____ MUNICIPIO: _____

CODIGO DE HABILITACIÓN (REPSS) DE LA IPS: _____

DIRECCIÓN: _____ TELEFONO: _____

PROFESION: _____ No. DE PLAZAS SOLICITADAS: _____

POBLACIÓN A ATENDER: _____ ESTRATOS: _____

IV. MODALIDAD DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO


(Marque una opción)

___ En prestadores de servicios de salud para apoyo profesional en la atención de pacientes en Urgencias, hospitalización, cuidados intermedios o cuidados intensivos.

___ En prestadores de servicios de salud en consulta externa intra o extramural.

___ Mediante convenio celebrado entre la Institución de Educación Superior que gradúe a los profesionales de la salud objeto de la presente resolución y el prestador de servicios de salud, para la atención en las modalidades antes citadas, con el acompañamiento de la Institución Educativa al profesional correspondiente.



| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <p>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER</p> | <p>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</p> |  <p>Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud</p> |
| <p>Código: F-DE-PE05-03 Versión: 05</p> | <p>COMUNICACION EXTERNA</p> | <p>Página 1 de 1</p> |

___ Mediante vinculación a los programas de salud dirigidos a poblaciones vulnerables, como población reclusa, desplazados, indígenas, menores en abandono bajo la protección del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), centros de atención a personas mayores entre otros.

V. INFORMACIÓN LABORAL

CARGO: _____

FUNCIONES U OBLIGACIONES: _____

TIEMPO DE SERVICIOS:

___ **6 MESES** (*Instituciones de III y IV complejidad con UCI, en las que el profesional contribuirá con al prestación de los servicios de pacientes con COVID -19*)

___ **12 MESES** (*Instituciones de I y II nivel y actividades de promoción y prevención*)

VINCULACIÓN:

___ NOMBRAMIENTO

___ CONTRATO DE TRABAJO

REMUNERACIÓN: _____ INCENTIVOS: SI _____ NO ___ CUALES _____

Nota: se diligenciará un formulario por cada plaza solicitada.

Firma quien hace la solicitud

Nombre y cargo de quien firma

