| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E. | | BOGOTÁ |
|---|---|---|---|
| | VERIFICACIÓN DE REQUISITOS CONTRATISTAS | CO-OPS-FT-07 V7 | |

**SE DEBE ENTREGAR UN CD REGRABABLE EL CUAL CONTENDRÁ DOS CARPETAS CON LOS DOCUMENTOS EN FORMATO PDF, ORGANIZADOS SEGÚN LISTA DE CHEQUEO (SIN VENCIMIENTO - CON VENCIMIENTO), LEGAJADO CON GANCHO PLÁSTICO EN UNA CARPETA DE CARTÓN TAMAÑO OFICIO CAFÉ, LA CUAL CONTENDRÁ EN FÍSICO: HOJA DE VIDA - DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS SIDEAP Y FORMULARIO SARLAFT**

| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Yomaris Monterrosa | N° DE CÉDULA | 26.007.742 |
|---|---|---|---|

| N° | DOCUMENTO | CUMPLE | NO APLICA | ESPECIFICACIÓN | | DOCUMENTOS EN CD CON / SIN VENCIMIENTO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 31 | EXAMENES VIGENTES A LA FECHA DE INGRESO | | | TODOS CONDUCTORES | AUDIOMETRÍA **VIGENCIA 1 AÑO** | |
| | | ✓ | | | EXAMEN PSICOSENSOMETRICO | CON VENCIMIENTO |
| 32 | VACUNAS **VIGENTES A LA FECHA DEL INGRESO** | ✓ | | VACUNAS ÁREA ADMINISTRATIVA | INFLUENZA **VIGENCIA 1 AÑO** | CON VENCIMIENTO |
| | | | | VACUNAS ÁREA ASISTENCIAL | * HEPATITIS B PRESENTAR LA TITULACION DE ANTICUERPOS. DOSIS CUYO ESQUEMA ES EL DÍA 0, 60 Y 180. SOPORTE CARNÉ | |
| | | | | | CARNÉ DE VACUNACIÓN<br>* INFLUENZA **VIGENCIA 1 AÑO** | |
| 33 | PARA CONDUCTORES APH MOTORIZADOS RESPUESTA RÁPIDA **VIGENTES A LA FECHA DE INGRESO** | | | LICENCIA DE CONDUCCIÓN DE VEHICULOS | | CON VENCIMIENTO |
| | | | | LICENCIA DE CONDUCCIÓN DE MOTOS | | CON VENCIMIENTO |
| | | | | CONSTANCIA DE COMPARENDOS SIMIT | | CON VENCIMIENTO |
| | | | | PRIMER RESPONDIENTE(VIGENCIA 2 AÑOS) | | CON VENCIMIENTO |
| | | | | PRIMEROS AUXILIOS (VIGENCIA 2 AÑOS) | | CON VENCIMIENTO |
| | | | | CURSO COVE | | CON VENCIMIENTO |
| | | | | REVISIÓN DE LA TECNOMECÁNICA (MOTORIZADOS) | | CON VENCIMIENTO |
| | | | | SOAT VIGENTE (MOTORIZADOS) | | CON VENCIMIENTO |
| 34 | CONDUCTORES ADMINISTRATIVOS MENSAJERO MOTORIZADO **VIGENTES A LA FECHA DE INGRESO** | | | CURSO DE PRIMEROS AUXILIOS | | CON VENCIMIENTO |
| | | | | CURSO DE PRIMER RESPONDIENTE | | CON VENCIMIENTO |
| | | | | LICENCIA DE CONDUCCIÓN | | CON VENCIMIENTO |
| | | | | CONSTANCIA DE COMPARENDOS SIMIT | | CON VENCIMIENTO |
| 35 | **TODO EL PERSONAL ASISTENCIAL** | | | EL CURSO CÓDIGO BLANCO (Curso de Atención a Victimas de Violencia Sexual) - (Res 459 de 2012) VIGENCIA 2 AÑOS | | CON VENCIMIENTO |

| | DOCUMENTO | CUMPLE | NO APLICA | SERVICIO | PERFIL | CURSOS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 36 | **REQUERIMIENTO ÁREA ASISTENCIAL** | | | URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN Y CONSULTA EXTERNA | AUXILIAR DE ENFERMERÍA | SOPORTE VITAL BÁSICO **VIGENCIA 2 AÑOS** | CON VENCIMIENTO |
| 37 | | | | | ENFERMERO | ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS<br>SOPORTE VITAL AVANZADO<br>**VIGENCIA 2 AÑOS** | CON VENCIMIENTO |
| 38 | | | | | MÉDICO GENERAL | SOPORTE VITAL AVANZADO<br>**VIGENCIA 2 AÑOS** | CON VENCIMIENTO |
| 39 | | | | VACUNACIÓN | AUXILIAR DE ENFERMERÍA | CERTIFICADO DE FORMACION PARA ADMINISTRA INMUNOBIOLÓGICO PAI | CON VENCIMIENTO |
| 40 | | | | SALA DE CIRUGÍA | TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA | BACTERIÓLOGO CERTIFICADO DE FORMACIÓN PARA EL MANEJO DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA | CON VENCIMIENTO |
| 40 | | | | | CENTRAL DE ESTERIZACIÓN | AUXILIAR DE ENFERMERÍA CURSO DE ESTERILIZACIÓN | CON VENCIMIENTO |
| 41 | | | | CAMILLERO | CAMILLERO | CURSO DE CAMILLERO Y PRIMEROS AUXILIOS | CON VENCIMIENTO |
| 42 | | | | TOMA DE MUESTRAS | AUXILIAR DE ENFERMERÍA<br>AUXILIAR DE LABORATORÍO | CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN TOMA DE MUESTRAS | CON VENCIMIENTO |
| 43 | | | | LABORATORÍO CLÍNICO | AUXILIAR DE LABORATORÍO<br>AUXILIAR DE ENFERMERÍA<br>PATÓLOGO<br>BACTERIÓLOGO | CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN LABORATORÍO CLÍNICO/TOMA DE MUESTRAS<br>**ZONAS RURALES** CERTIFICADO EN FORMACIÓN DE CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES EXCEPTO EL BACTERIÓLOGO Y EL PATÓLOGO | CON VENCIMIENTO |
| 44 | | | | ATENCIÓN PREHOSPITALARIA (APH) | MÉDICO GENERAL | CURSO DE SOPORTE VITAL AVANZADO<br>**VIGENCIA 2 AÑOS** | CON VENCIMIENTO |
| 45 | | | | | TECNOLÓGO EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA<br>AUXILIAR DE ENFERMERÍA | CURSO DE SOPORTE VITAL BÁSICO<br>**VIGENCIA 2 AÑOS** | CON VENCIMIENTO |
| 46 | | | | **PARA TODO EL PERSONAL PROFESIONAL ASISTENCIAL** | **PSICÓLOGO, NUTRICIONISTA Y TRABAJADORA SOCIAL** | **SOPORTE VITAL BÁSICO<br>VIGENCIA 2 AÑOS** | CON VENCIMIENTO |
| 47 | **PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL** | | | PARA TODO EL PERSONAL PROFESIONAL ASISTENCIAL<br>**(VALOR AMPARADO MÍNIMO 100 SMLM) VIGENCIA 1 AÑO FIRMADA** | | | CON VENCIMIENTO |
| 48 | **CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN A SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y/O SOPORTE DE AFILIACIÓN COMO INDEPENDIENTE** | ✓ | | EPS | | | CON VENCIMIENTO |
| 49 | | | | ARL (Se realiza en el momento del inicio de actividades a la Entidad) | | | CON VENCIMIENTO |
| 50 | | ✓ | | ADMINISTRADORA FONDO DE PENSONES **(AFP)** | | | CON VENCIMIENTO |
| 51 | **REGISTRO EN SECOP II** | ✓ | | IMPRESIÓN DEL REGISTRO EN SECOP II EVIDENCIANDO USUARIO | | | CON VENCIMIENTO |
| 52 | **AUTORIZACIÓN DE VERIFICACIÓN DE TÍTULOS DEBIDAMENTE FIRMADO** | ✓ | | PARA TODOS LOS PERFILES A EXCEPCIÓN BACHILLERES<br>**CARTA DIRIGIDA A LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS QUE CORRESPONDA** | | | CON VENCIMIENTO |
| 53 | **ANUALMENTE, TODO EL PERSONAL DE CONTRATO DEBE TENER ACUTALIZADOS TODOS LOS SOPORTES DE HABILITACIÓN EN LOS CASOS QUE APLIQUE.<br>(PÓLIZAS 1 año), EXAMENES (Salud Ocupacional menor a 3 años, Visiometria 1 año), VACUNAS, (Influeza 1 año)<br>CURSOS (Radio Protección, Código Blanco, Soporte Vital Básico, Soporte Vital Avanzado, Primer Respondiente, Primeros Auxilios: vigencia 2 años)** | | | | | | |

**OBSERVACIONES:**

| | |
|---|---|
| Liana Aranguren.<br>**NOMBRE**<br>**PERFIL**<br>**DE QUIEN RECEPCIONA Y VERIFICA DOCUMENTOS** | **FECHA:** 11/03/2021 |
| **VoBo** _____<br>**ABOGADO** | **FECHA:** _____ |
| _____<br>**NOMBRE**<br>**PERFIL**<br>**DE QUIEN VALIDA LA INFORMACIÓN** | **FECHA:** _____ |

**SUBGERENCIA CORPORATIVA**

**DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN**

De acuerdo con lo establecido en el Art. 2.2.1.2.1.4.9 del Decreto Único Reglamentario 1082 de 2015 y en el Literal h numeral 4 del Artículo 2 de la Ley 1150 de 2007, conforme al proceso de verificación de requisitos mínimos exigidos, se estima contratar a **MONTERROZA BARBOZA YOMARIS** identificado(a) con la CC No **26007742** quien cumple con el perfil, para suplir la necesidad de Apoyo a la Gestión **ASISTENCIAL** de la Subred Sur ESE

Expedido en Bogotá D.C., a los 28 días del mes marzo del 2021

JEIMY ANDREA HUERTAS ACEVEDO
Psicólogo

BOGOTÁ | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

Bogotá, D.C. 11 de marzo de 2021

Señores:
**FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN - FUSDESA**
**NANCY GALINDO**
**DIRECTORA ADMINISTRATIVA**
**gerenciafusdesa@hotmail.com**

Ref: Verificación de títulos

Respetados Señores:

Reciban un cordial saludo y deseo de bienestar. Con el fin de realizar el procedimiento de verificación del títulos, según se encuentra establecido en la normatividad vigente (Resolución 1043 de 2006, Anexo Técnico Nº 1, Manual Único de Estándares y de Verificación, Estándar de Recursos Humanos), para efectos de vinculación y/o contratación, atenta y comedidamente me permito solicitarle se sirva confirmar si el programa de **AUXILIAR DE ENFERMERIA** fue obtenido en su entidad, por las siguientes personas:

| NOMBRE | CEDULA | TITULO OBTENIDO | FECHA - FOLIO – REGISTRO |
|---|---|---|---|
| YOMARIS MONTERROZA BARBOZA | 26.007.742 | AUXILIAR DE ENFERMERIA | 25 DE JUNIO DE 2005 |

Por favor, dirigir su respuesta al Hospital del Tunal – Dirección de Contratación OPS, ubicado en la Cra. 20 N. 47 B- 35 Sur, o al correo electrónico proceso.seleccion.ops@subredsur.gov.co

Agradezco su amable atención y pronta respuesta.

Cordialmente,

**LILIANA ARANGUREN CASTILLO**
Apoyo Administrativo
Coordinación PIC
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Gmail

**subred sur <thumanosubredsur@gmail.com>**

# VERIFICACIÓN DE TÍTULO – YOMARIS MONTERROZA BARBOZA

1 mensaje

**subred sur** <thumanosubredsur@gmail.com> 11 de marzo de 2021, 16:32
Para: gerenciafusdesa@hotmail.com

Respetados Señores,

Atentamente anexamos solicitud formal para la verificación de títulos de la persona relacionada, pues es indispensable esta información para el proceso de habilitación en Salud de las Empresas Sociales del Estado. Adjunto Diploma, Acta y Autorización firmada por el egresado. Agradezco su valiosa y oportuna colaboración

Cordialmente,

**LILIANA ARANGUREN CASTILLO**
Apoyo Administrativo
Coordinación PIC
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

**3 adjuntos**

- **6.diploma tecnico.pdf** 61K
- **25.autorizacion de verificacion de titulos .pdf** 13K
- **YOMARIS MONTERROZA BARBOZA.docx** 96K

*Bogotá, marzo 17 de 2021.*

*Señores.*
**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.**
*Dra. Liliana Aranguren Castillo*
*Coordinación PIC*
*Ciudad.*

*Respetado(a) Sr.*

*En respuesta a la carta enviada por ustedes y revisados los archivos, cordialmente se procede a informar que* ***MONTERROZA BARBOZA YOMARIS,*** *Identificado(a) con Cedula de Ciudadanía N° 26.007.742 de PURISIMA, CORBOBA, es egresado(a) del programa* ***TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA,*** *como se encuentra registrado en el Libro N° 004 de Registro de Actas de Certificaciones del programa en el folio número 3742 Acta individual número 3742 y Acta General número 013 de fecha de 25 de junio de 2005.*

*De usted, muy atentamente,*

***NANCY GALINDO GÓMEZ***
*Directora*

***Cons. V. 0364-2021***
**Elaboró: ANGIE CADENA**
**Aprobó: NANCY GALINDO**