| | FORMATO DE REQUERIMIENTO PRESTACIÓN DE SERVICIOS CONTRATISTA ANTIGUO | Versión: | 2 |
|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación: | 10/22/2021 |
| | | Código: | 18-01-FO-0013 |

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE** **18**

| **Quien solicita (**Nombre y cargo perfil del requiriente) | **Fecha de la Solicitud** | | | **Dependencia o sede: UNIDAD KENNEDY** |
|---|---|---|---|---|
| PENAGOS NOVOA CLAUDIA ADRIANA REFERENTE TECNICO REHABILITACION | **Día** | **Mes** | **Año** | **Área o Servicio: REHABILITACION** |
| | 20 | 12 | 2022 | **Dirección a la que pertenece: Direccion de Servicios Hospitalarios** |

**Formato documentos mínimos para celebrar contrato : Lista de Chequeo Documentación por prestación de servicios**

**JUSTIFICACIÓN O NECESIDAD DE LA PRESTACION DE SERVICIO REQUERIDO**

La dependencia de REHABILITACION requiere la contratación de un TERAPEUTA RESPIRATORIA para la realización de actividades en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

**DESCRIPCION DEL SERVICIO SOLICITADO**

Servicios de un TERAPEUTA RESPIRATORIA en el area de REHABILITACION para poder prestar servicios con calidad y eficiencia a los pacientes de Hospitalizacion.

| **Rubro:** | **HONORARIOS** | | **REMUNERACIÓN SERVICIOS TÉCNICOS** | | **ASISTENCIAL GENERAL** | **x** | **ASISTENCIAL PIC** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Recursos Propios:** | **SI** | **x** | **NO** | | **Vigencias futuras** | **SI** | **NO** | **X** |
| **Convenio** | **SI** | | **NO** | **X** | **No. Convenio:** | **Suscrito con:** | - | |

| **PERSONA REQUERIDA (NOMBRE Y CC):** | GUAUQUE DUEÑAS LUZ MIRIAN 52431409 |
|---|---|

**PERFIL**: TERAPEUTA RESPIRATORIA

**CUMPLE CON EL PÉRFIL REQUERIDO:** **SI** **X** **NO**

**HABILIDADES: CUMPLIMIENTO DE PROCESOS ASISTENCIALES SEGÚN MANUALES DE PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS PARA CUBRIR LA DEMANDA GENERADA PARA LA REALIZACION DE PROCEDIMIENTOS ESPECIALES, SOLICITADOS POR LOS SERVICIOS CONSULTA EXTERNA ,HOSPITALIZACIÓN Y DE URGENCIAS;Líderzgo - compromiso Institucional -Generador de confianza . Destreza en el desarrollo de sus actividades - Capacidad en :La comunicación, Toma de decisiones y en mantener magnificas relaciones interpersonales**

**RIESGOS DE LA CONTRATACIÓN:** Inhabilidad e incompatibilidades sobrevinientes. Demora en el inicio de la ejecución del contrato. Errores en la supervisión. Riesgo relacionado al conocimiento, experiencia y destreza en el desempeño de sus actividades. Riesgo por no asistencia a las actividades programad as. Riesgo relacionado conlas conductas que miran la intencionalidad del individuo y su actividad valorativa y ética ante las actividades y los usuarios. Riesgo en la planeación de l as actividades por realizar. Riesgo por no cumplimiento de normas y políticas institucionales, entre las que se encuentran misión, visión, planes de acción, objetivos, metas e indicadores.
Riesgo de no cumplimiento de los parámetros de calidad establecidos por el supervisor para las actividades asignadas. No entrega de soportes , registros de las actividades de acuerdo con los procedimientos y requerimientos de la entidad

| Marque con una X según corresponda las condiciones del contrato en lo relacionado a honorarios para proyección del valor a contratar | | CANTIDAD (meses ,horas, actividades a contratar ) | **OBSERVACIONES: HONORARIOS CONFORME A RESOLUCION APLICABLE PARA VIGENCIA 2023.** |
|---|---|---|---|
| MES | | | |
| HORA | X | **186** | |
| ACTIVIDAD | | | |

ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

1) Realizar los procedimientos, actividades e intervenciones diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidas dentro del plan integral de atención de cada paciente. 2) Ejecución del plan individual de habilitación/rehabilitación, relacionadas con las actividades individuales y/o grupales definidas para el usuario ambulatorio u hospitalizado y de acuerdo a las características del servicio 3) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de los registros clínicos de los pacientes 4) Participación en las actividades de revista, análisis de casos clínicos con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación/rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado 5) Informar al usuario, su familia o cuidador las actividades que debe seguir, al inicio de su proceso de habilitación/rehabilitación y posterior a la ejecución del plan de intervención o su egreso 6) Llevar registro de la atención de las actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación 7) Participar en la programación de las actividades de la Subred. 8) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. 9) Notificar las fallas 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. 10) Impartir instrucciones al personal relacionado con el manejo de los pacientes. 11) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. 12) Realizar las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio. 13) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención. 14) Participación en la actualización e implementación de guías de manejo, protocolos y procedimientos requeridos en el servicio 15) Informar las dificultades surgidas en el desarrollo del proceso de habilitación/ rehabilitación del usuario, así como los insumos, materiales y equipos necesarios para el desarrollo de las actividades. 16) Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del área. 17) Participación en investigación que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios. 18) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado. 19) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred Sur Occidente. 20) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato. 21) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. 22) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. 23) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. 24) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente. 25) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato

**PÉRFIL Y NOMBRE DE QUIEN EJERCERÁ LA SUPERVISIÓN**

1. Nombre: __PENAGOS NOVOA CLAUDIA ADRIANA_____
2. Identificación: 52055407
3. Perfil o cargo: REFERENTE TECNICO REHABILITACION
4. Justificación (Si aplica) Cumple con el perfil de líder

**LINA MARIA OLIVEROS HERNANDEZ**
Directora de Servicios Hospitalarios

**SANDRA MILENA POZO MATEUS**
**CONTRATACION 2023**
Vo.Bo.Subgerencia de Servicios de Salud

**NOTA INTERNA**

Bogotá D.C., diciembre 16 de 2022

**PARA**: Dra. Sandra Milena Rozo Mateus

**DE**: Claudia Adriana Penagos Novoa

Asunto: Constancia de verificación y cumplimiento de requisitos del perfil a contratar

Atento saludo,

Previa revisión de los documentos entregados por el colaborador que se relaciona a continuación, mediante la presente informo que el mismo cumple con los requisitos necesarios del perfil a contratar.

NOMBRE COLABORADOR: LUZ MIRIAN GUAUQUE DUEÑAS
DOCUMENTO IDENTIDAD COLABORADOR: CC 5 2 4 3 1 4 0 9
PERFIL A CONTRATAR: TERAPEUTA RESPIRATORIA
SERVICIO O AREA: REHABILITACION - DIRECCIÓN HOSPITALARIA

ATENTAMENTE

Claudia Adriana Penagos Novoa
*Profesional Universitario Área de la Salud*

| Declaro que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales, y por lo tanto, lo presentamos para firma. | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Cargo Funcionario / Contratista | Nombre | Cargo | Firma | Fecha |
| Elaborado por: | Claudia Adriana Penagos Novoa | Profesional Universitario área de la Salud | | 16/12/2022 |

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

**Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 03:06:35 PM horas del 14/12/2022, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **52431409**

Apellidos y Nombres: **GUAUQUE DUEÑAS LUZ MIRIAN**

**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda “NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES” aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co



Todos los derechos reservados.

GUARDIANES de tus DERECHOS
Personería de Bogotá, D. C.

**CERTIFICADO ORDINARIO VÍA WEB**
**No. 8418266**

**Bogotá D.C., 14 de Diciembre de 2022 - 15:12 pm**

**CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS**
**LA PERSONERÍA DE BOGOTÁ, D.C.**

**CERTIFICA**

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **LUZ MIRIAN GUAUQUE DUEÑAS**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y DOS MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y UNO MIL CUATROCIENTOS NUEVE** de BOGOTA D.C.

**52431409**

**NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES**

Esta Certificación es válida, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado. El certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Personería de Bogotá D.C., contiene las anotaciones de sanciones e inhabilidades disciplinarias que reporten las Entidades Distritales y las dependencias de la Personería de Bogotá D.C., con atribuciones Disciplinarias.

**ADVERTENCIAS:**

Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 238 - Ley 1954 de 2019).

Tres o más sanciones disciplinarias en los últimos cinco (5) años por faltas graves o leves dolosas o por ambas, constituye inhabilidad para desempeñar cargos públicos. Esta inhabilidad tendrá una duración de tres (3) años contados a partir de la ejecutoria de la últma sanción. (numeral 2°, artículo 42 - Ley 1952 de 2019).

Certificado expedido de conformidad con el numeral 5, artículo 102 del Decreto Ley 1421 de 1993, artículo 238 de la Ley 1952 de 2019, numeral 4.5, artículo 16 y numeral 6, artículo 21 del Acuerdo Distrital 755 de 2019.

Para todos los efectos esta certificación debe ser complementada con la expedida por la Procuraduría General de la Nación.

El presente certificado tiene vigencia de tres (3) meses a partir de la fecha de su expedición.

Certificado expedido sin costo alguno.

**WILLIAM JAVIER MURCIA ACEVEDO**
Jefe Oficina Asesora Jurídica

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

# LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 14 de diciembre de 2022, a las 15:20:51, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 52431409 |
| Código de Verificación | 52431409221214152051 |

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

YEZID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO No. 211447761

WEB
15:38:33


Bogotá DC, 14 de diciembre del 2022

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) LUZ MIRIAN GUAUQUE DUEÑAS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52431409:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

**ADVERTENCIA:** La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 238 Ley 1952 de 2019)

**NOTA:** El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

**ATENCIÓN :**
**ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.**

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

# Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

## La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 14/12/2022 03:36:54 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **52431409 .**

## NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **48566735** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

Bogotá D.C., Diciembre 14 de 2022

**PARA**: SANDRA MILENA ROZO MATUS – SUBGERETE
SUSUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.
CONTRATANTE

**DE**: LUZ MIRIAN GUAUQUE DUEÑAS C.C 52431409
Contratista prestación de Servicios

Asunto: **DECLARACION JURAMENTADA CONTRATISTA**

Yo LUZ MIRIAN GUAUQUE DUEÑAS, identificado(a) con la C.C. No. 5243149 de Bogotá, mayor de edad y con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., manifestó bajo la gravedad del juramento:

**PRIMERO**: Los documentos aportados para la contratación de mis servicios son verídicos y se encuentran actualizados según las normas vigentes y los lineamientos institucionales.

**SEGUNDO**: La información contenida en los soportes académicos formales e informales presentados de forma magnética son reales:

| TIPO DE FORMACION ( FORMAL O INFORMAL) | TITULO O CERTIFICACION OBTENIDA | FECHA DE EXPEDICION (DIA,MES, AÑO) | ENTIDAD EDUCATIVA QUE LA EXPIDE | VIGENCIA EN CASO QUE APLIQUE ( DIA,MES, AÑO) |
|---|---|---|---|---|
| FORMAL | TERAPEUTA RESPIRATORIA | 07/06/2002 | UNIVERSIDAD MANUELA BELTRAN | NA |
| INFORMAL | ATENCIÓN A VICTIMAS DE QUEMADURAS CON AGENTES QUIMICOS | 27/11/2021 | FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA | 26/11/2023 |
| INFORMAL | ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL | 3/09/2021 | CORPORACIÓN NACIONAL PEDAGOGICA DE COLOMBIA | 2/09/2023 |
| INFORMAL | SOPORTE VITAL AVANZADO | 30/08/2021 | CORPORACIÓN NACIONALPEDA | 29/08/2023 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | GOGICA DE COLOMBIA | |
| INFORMAL | SOPORTE VITAL BASICO | 30/08/2023 | CORPORACIÓN NACIONALPEDAGOGICA DE COLOMBIA | 29/08/2023 |
| INFORMAL | CURSO MANEJO PACIENTE CRITICO | 3/08/2021 | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE | N/A |
| INFORMAL | SIMPOSIO DE NEONATOLOGÍA | 31/07/2021 | ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE NEONATOLOGÍA | N/A |
| INFORMAL | PRIMEROS AUXILIOS PSICOLOGICOS | 9/12/202O | UNIVERSIDAD DE LA SABANA | N/A |
| INFORMAL | SOPORTE RESPIRATORIO BASICO Y AVANZADO PACIENTE ECOVI | 10/11/2020 | INSIMED | N/A |
| INFORMAL | ENTRENAMIENTO UCI ADULTOS | 15/11/2019 | UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD OCCIDENTE KENNEDY | N/A |
| INFORMAL | ENTRENAMIENTO UCI NEONATAL | 15/11/2019 | UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD OCCIDENTE KENNEDY | N/A |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| INFORMAL | ENTRENAMIENTO UCI PEDIATRICA | 15/11/2019 | UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD OCCIDENTE KENNEDY | N/A |

**TERCERO:** Me obligo durante la vigencia del contrato que celebre con la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. a actualizar y mantener vigentes los cursos y documentos requeridos.

La presente declaración juramentada se rinde sin perjuicio de lo establecido en los artículos 286 y siguientes del Código Penal Colombiano.

Manifiesto, que todo lo declarado anteriormente es verdadero y para tal efecto firmo, este documento.



FIRMA
C.C. No. 52431409
TELEFONO 3102443781
DIRECCION Clle 69 B # 105 H 23 BARRIO SAN BASILIO
E-MAIL lumigudu@hotmail.com