	FORMATO DE REQUERIMIENTO PRESTACIÓN DE SERVICIOS CONTRATISTA ANTIGUO	Versión:	3
		Fecha de aprobación:	20/11/2023
		Código:	18-01-FO-0013

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

Quien solicita (Nombre y cargo perfil del requiriente)	**Fecha de la Solicitud**			**Dependencia o sede:**
	Día	**Mes**	**Año**	**CENTRO DE SALUD VILLA JAVIER**
IBET JUSSEFF MORA MURCIA				**Área o Servicio:**
LIDER ASISTENCIAL	5	12	2023	**CONSULTA EXTERNA**
				Dirección a la que pertenece:
				SERVICIOS AMBULATORIOS

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

JUSTIFICACIÓN O NECESIDAD DE LA PRESTACION DE SERVICIO REQUERIDO

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente, E.S.E., requiere garantizar la prestacion del servicio de **ENFERMERIA** a la población de las localidades de influencia de nuestra Institución; para lo cual, es necesario la contratación de **PROFEISONAL UNIVERSITARIO ENFERMERIA** para la realización de las diferentes actividades que se realizan en nuestras Unidades de atención de acuerdo con las obligaciones y actividades pactadas.

DESCRIPCION DEL SERVICIO SOLICITADO

Prestar servicios como **PROFEIOSNAL UNIVERSITARIO ENFERMERIA** en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E - donde sean requeridos por el supervisor del contrato.

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):	**LUIS MIGUEL POLANCO DELGADO CC 1022423047**
PERFIL:	ENFERMERO
CUMPLE CON EL PÉRFIL REQUERIDO:	**SI** X **NO**

HABILIDADES: Capacidad de manejo ecxel,buen manejo de atencion al usuario ,manejo del aplicativo de sistema de infomacion correspondiente, manejo de comprobadores derechos,buen manejo del servicio.

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 programadas. Riesgo relacionado con las conductas que miran la intencionalidad del individuo y su actividad valorativa y ética ante las actividades y los usuarios. Riesgo en la planeación de las 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: Valor de los Honorarios de acuerdo a Resolución aplicable para la vigencia 2024**
MES			
HORA	X	186	
ACTIVIDAD			

ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

1. Practicar las interveciones de enfermería, establecer diagnósticos y prescribir el tratamiento, de acuerdo a normatividad vigente y guías de atención, protocolos, procesos y procedimientos institucionales.
2. Desarrollar y apoyar la ejecución de las actividades de promoción en salud, prevención de la enfermedad y vigilancia en salud pública a nivel intramural y extramural, necesarias en los diferentes grupos del ciclo evolutivo de acuerdo con la normatividad vigente.
3. Realizar las actividades propias del servicio de consulta externa.
4. Elaborar las historias clinicas completas de acuerdo con la normatividad vigente.
5. Apoyar el desarrollo de estrategías de participación social con los diferentes actores locales con el fin de garantizar lapertinencia y efectividad de las intervenciones en salud.
6. Participar en la elaboración y actualización del diagnóstico de salud de la localidad y el área de influenza de la Empresa Social del estado.
7. Evaluar junto con el equipo de salud, la eficiencia y el impacto de los programas ofrecidos al acomunidad.
8. Realizar la referencia cuando se requiera, dentro de la estrategía de redes de servicios de salud de acuerdo con la normatividad vigente.
9. Identificar necesidades y participar en estudios tendientes a solucionar los problemas de la salud de la comunidad.
10. Propiciar las relaciones de coordinación necesarias para lograr un aeficaz prestación de los servicios de salud y generar articulación de actividades con el grupo de colaboradores del área, garantizando integralidad en la prestación del servicio.
11. Participar en el ánalisis de la información de oferta y demanda de servicios de salud del a´rea d elainfluenza que permita proponer alternativas de solución.
12. Participar en la elaboración y diligenciar de manera clara, completa y oportuna, los instrumentos que le sean enconmendados para su actividad.
13. Aplicar lineamientos, normas, guías y protocolos que garanticen la adecuada prestación del servicio.
14. Reportar oportunamente las anomalias de la prestación del servicio.
15. Presentar informes periódicos sobre el desarrollo de sus actividades a las instacias pertinentes de acuerdo a las obligaciones contractuales.
16. Participar en la actualización de losprocesos y procedimientos inherentes a su cargo.
17. Conocer aplicar las normas de Bioseguridad, Plan de gestión Ambiental, manual de higiene y seguridad industrial necesarias para la ejecución de las actividades propias del objeto contractual.
18. Asistir y Participar activamente en los procesos de actgualización y fortalecimiento de competencia y a reuniones a que haya lugar, relacionadas con las actividades a proyectos que ejecute.
19. Realizar el ejercicio de autocontrol, autoregulación y autogestión en las actividades desarrolladas, formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas y/o plan de mejoramiento a que haya lugar.
20. Asistir y colaborar con el equipo médico en la realización de procedimientos asistenciales.
21. Informar oportunamente al equipo médico cualquier alteración ya sea física, psicologica o clínica que comprometa la salud del paciente.
22. Realizar las actividades pertinentes para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales y/o de planes y/o proyectos formulados, en elárea asignada.
23. Promover el cuidado custodia del patrimonio institucional y responder por los elementos dados su responsabiloidad.
24. Garantizar la custodia de la información y la gestión documental de los soportes que se generen durante las actividades realizadas.
25. revisar y notificar al líder elestado de las agendas de programación de servicios.
26. Cuando el profesional este asignado al área de urgencias. Además de las anteriores, realizar las actividades propias del servicio de urgencias: consulta urgencias, observación, hospitalización, atención de preparto, parto y post parto cuando las necesidades del servicio asi lo requieran.
27. Las demás actividades afines con la naturaleza del objeto del contrato

o		**NOMBRE Y PERFIL DEL APOYO A LA SUPERVISIÓN (SI APLICA)**	
1. Nombre:	MIRELLA PEÑA ROJAS		
2. Identificación:	52299676	1. Nombre	IBET JUSSEFF MORA MURCIA
3. Cargo:	DIRECTORA SERVICIOS AMBULATORIOS	2. Identificación	52973584
4. Justificación (Si aplica)		3. Perfil	LIDER ASISTENCIAL

DRA. MIRELLA PEÑA ROJAS
Nombre y firma del Director o Jefe de Oficina

DR. SANDRA MILENA ROZO MATEUS
Vo.Bo. INTERVENTORIA (Si aplica)

CONTRATACION 2024

CONSTANCIA DE VERIFICACIÓN Y CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DEL PERFIL A CONTRATAR

Bogotá D.C., 05 de diciembre 2023

PARA: ***SANDRA MILENA ROZO MATEUS***
Subgerente de servicios de salud
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

DE: Ibet Jusseff Mora Murcia
Líder Asistencial

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: LUIS MIGUEL POLANCO DELGADO
DOCUMENTO IDENTIDAD COLABORADOR: 1022423047 DE BOGOTA
PERFIL A CONTRATAR: ENFERMERO
SERVICIO O AREA: CONSULTA EXTERNA – CENTRO DE SALUD VILLA JAVIER

Atentamente,



Ibet Jusseff Mora Murcia
Líder Asistencial
Sedes: Centro de Salud Villa Javier – San Bernardino

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:	IBET JUSSEFF MORA MURCIA	LIDER ASISTENCIAL	Nombre de contratista	05/12/2023

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 domingo 03 de diciembre de 2023, a las 13:17:35, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1022423047
Código de Verificación	1022423047231203131735

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. 236168334

PIB
13:19:12

Bogotá DC, 03 de diciembre del 2023

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) LUIS MIGUEL POLANCO DELGADO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1022423047:

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.

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) **LUIS MIGUEL POLANCO DELGADO,** quien se identifica con

CÉDULA DE CIUDADANÍA No. **1022423047** de BOGOTA D.C.

(MIL VEINTIDOS MILLONES CUATROCIENTOS VEINTITRES MIL CUARENTA Y SIETE)

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 1952 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 última 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.

* Certificado expedido sin costo alguno.

MARÍA JOSÉ AVENDAÑO MOLINARES
Jefe Oficina Asesora Jurídica

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:28:20 AM horas del 15/05/2023, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1022423047**
Apellidos y Nombres: **POLANCO DELGADO LUIS MIGUEL**

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.

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

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO
Todos los derechos reservados.

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

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, 15/05/2023 09:28:56 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1022423047** y Nombre: **LUIS MIGUEL POLANCO DELGADO.**

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. **60496785** . 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., 05 de Diciembre del 2023

PARA: Sandra milena Rozo Mateus – subgerente
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. - Contratante

DE: LUIS MIGUEL POLANCO DELGADO - 1022423047
Contratista prestación de Servicios

Asunto: **DECLARACION JURAMENTADA CONTRATISTA**

Yo LUIS MIGUEL POLANCO DELGADO, identificado(a) con la C.C. No. 1022423047 de BOGOTA, 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	ENFERMERO	25/07/2019	FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA	
INFORMAL	CURSO DE SOPORTE VITAL AVANZADO	08/05/2023	FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA	01/08/2025
INFORMAL	Curso Protocolos de Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos - Resolución 3100 de 2019.	05/06/2023	FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA	05/06/2025
INFORMAL	Curso Protocolo en la Toma de Muestras de Citología	01/08/2023	FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA	01/08/2025
INFORMAL	Curso Programa Ampliado de Inmunización - PAI	05/10/2023	FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA	05/10/2025
INFORMAL	Curso de Anticoncepción	2023-09-06	FUNDACION NUESTRA SEÑORA	2025-09-06

	con Énfasis en Implante Subdérmico y Dispositivos Intrauterinos (Jadelle - DIU)		DE LA ESPERANZA	

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. 1022423047

TELEFONO 3222919913

DIRECCION CL 52 B BIS 88 F 79 BARRIO BOSA BRASIL

E-MAILPOLANCODELGADOLUISMIGUEL@GMAIL.COM