	FORMATO DE REQUERIMIENTO PRESTACION DE SERVICIOS PARA NUEVO CONTRATO	Versión:	4
		Fecha de aprobación:	9/09/2024
		Código:	04-02-FO-0011

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

DATOS DE SOLICITUD

Dependencia solicitante	**Fecha de la Solicitud**			**Tipo de requerimiento**	**ASISTENCIAL**
	Día	**Mes**	**Año**	**Sede:**	**SEDE ADMINISTRATIVO PUENTE ARANDA**
DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD	13	11	2024	**Contrato - Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado – PAPSIVI**	

JUSTIFICACIÓN O NECESIDAD DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO REQUERIDO

○ Nuevo	**Justificación:**	**La Dirección de Gestión del Riesgo en la dependencia individual, familiar y comunitaria requiere garantizar el Apoyo en la Subred Integrada de servicios de salud Sur Occidente ESE. En concordancia con las obligaciones y actividades pactadas**					
● Antiguo	**Nombre OPS a contratar**	DAYANA PATRICIA ABRIL MENDOZA		**CEDULA**	1026562160		
○ Reemplazo OPS	**Numero de OPS a reemplazar:**		**Motivo**		**Otro** ☐	**Cual:**	**Fecha de retiro:**
○ Cambio de vigencia.	**Nombre completo**	_____	**Numero de documento**	_____			

DESCRIPCIÓN DEL PERFIL A CONTRATAR

Perfil	PROFESIONAL UNIVERSITARIO I	**Formación académica requerida**	PROFESIONAL DE CIENCIA DE LA SALUD - ROFESIONAL EN ENFERMERÍA
Requiere experiencia	☑ SI ☐ NO	**Descripción de la experiencia requerida**	**Tarjeta profesional - Título profesional con 36 meses de experiencia profesional relacionada. Experiencia profesional relacionada de 36 meses, de los cuales al menos 13 meses de trabajo hayan sido en implementación de programas o proyectos de promoción y prevención, o Atención Primaria en Salud, o equipos extramurales de atención en salud y otras actividades sociosanitarias y de gestión de la salud pública, con población víctima del conflicto armado o en situación de vulnerabilidad.**
Habilidades o conocimientos específicos	MANEJO OFIMATICO EXCEL, WORD, BASES DE DATOS EN DRIVE, TRABAJO EN EQUIPO		
Número de personas requeridas	**1**	**Requiere cursos de habilitación**	☐ ☐

FUENTE DE FINANCIACIÓN

Honorarios ☐	**Remuneración Servicios Técnicos** ☐		**Honorarios Asistencial General** ☑	**Asistencial PIC** ☐	
Recursos Propios:	**SI** ☐	**NO** ☑	**Vigencias futuras**	**SI** ☐	**NO** ☑
Convenio:	**SI** ☑	**NO** ☐	**No. Convenio:** **CO1.PCCNTR.7020506**	**Suscrito con:**	FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD

PROYECCIÓN Marque la casilla correspondiente según las condiciones del contrato en lo relacionado a honorarios para proyección								
	MES							
	HORA	☑	**Número de horas mensuales:**	184	**HONORARIOS MENSUAL**	$ 5.204.090	**VALOR HORA**	$ 28.283

DESCRIPCIÓN CONTRACTUAL

OBJETO DEL CONTRATO

Contratar acciones para la implementación de la medida de rehabilitación establecida en la Ley 1448 de 2011 a través del desarrollo del componente de atención psicosocial del PAPSIVI y de las estrategias diferenciales para personas víctimas del conflicto armado residentes en el Distrito Capital.

ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

1.Acompañamiento y/o seguimiento mensual en la implementación, seguimiento y gestión del Protocolo de Atención Psicosocial y Salud Integral a VCA con las EAPB y/o las IPS asignadas previamente por la SDS. Este acompañamiento y/o seguimiento a las EAPB o IPS se registrará en el formato de acta de la subred o de la SDS cuando se solicite. Claridades frente al diligenciamiento de los formatos: -Es de aclarar que si los acompañamientos y/o seguimientos se realizan a través de video llamadas se diligenciarán de manera digital y deberán registrar hora, fecha e incluir un pantallazo que permita evidenciar la fecha. -Si los acompañamientos y/o seguimientos se realizan a través de llamada telefónica se diligenciará de manera digital y se registrará hora y fecha de la llamada, a su vez se deberá incluir un o soporte que permita evidenciar la duración de la misma. -Si los acompañamientos y/o seguimientos se realizan de manera presencial, el formato de acta podrá ser diligenciado en físico o magnético, sin embargo el listado de asistencia deberá ser en físico e incluir la respectiva firma del usuario/a o de la persona con la cual se realiza la gestión correspondiente.2.Realizar seguimiento frente a condiciones en salud física por parte del profesional de enfermería; las acciones que se realicen estarán orientadas a la identificación de riesgos en salud, valoración de riesgos psicofísicos derivados de los hechos victimizantes, identificación de barreras de acceso en salud y orientación e información en salud. Las acciones se podrán realizar de manera telefónica, virtual y/o presencial. Se contemplan 3575 acciones durante la vigencia (correspondiente a 65 acciones por profesional mensual) i)Las valoraciones se realizarán en el instrumento por curso de vida definido por la SDS y se registrará de manera digital en una matriz - formulario forms "Caracterización del riesgo individual" dispuesto para ello, en el momento de la valoración y según las condiciones se podrá diligenciar el instrumento impreso o el instrumento digital, sin embargo, al finalizar el mes todos los registros de valoraciones deberán estar cargados y registrados de manera digital en la matriz forms. Si la valoración es presencial se deberá diligenciar el PAP 030 con la firma del usuario, el cual deberá escanearse y cargarse en el forms. Si la valoración es virtual (telefónica o videollamada) deberá evidenciarse captura de la llamada en la que se identifique fecha y hora y deberá cargarse en el forms. ii)Los seguimientos se realizarán por curso de vida en el instrumento definido por la SDS y se registrará de manera digital en una matriz - formulario forms "Caracterización del riesgo individual" dispuesta para ello; en el momento del seguimiento y según las condiciones se podrá diligenciar el instrumento impreso o el instrumento digital, sin embargo, al finalizar el mes todos los registros de seguimientos deberán estar cargados y registrados de manera digital en la matriz forms. Si la valoración es presencial se deberá diligenciar el PAP 030 con la firma del usuario, el cual deberá escanearse y cargarse en el forms. Si la valoración es virtual (telefónica o videollamada) deberá evidenciarse captura de la llamada en la que se identifique fecha y hora y deberá cargarse en el forms. Los seguimientos deberán contemplar una duración mínima de 30 minutos, en los cuales se deberá evidenciar la IEC correspondiente al plan de trabajo y gestiones en salud. iii)Las gestiones en salud se registrarán de manera digital en la matriz denominada "Gestiones en Salud" formulario forms que permitirá evidenciar las fechas de la gestión con su respectivo soporte bien sea correos electrónicos, citas médicas generadas a través de whatsapp, formularios de afiliación, entre otros. iv)La participación en procesos de atención psicosocial en la modalidad comunitaria (solicitados previamente por los profesionales de dicha modalidad) se contabilizará como 3 acciones demostrando bajo acta cada uno de estos tres momentos (planeación metodológica, ejecución y Esta subactividad incluye dos acciones i) digitar en Matriz/aplicativo de seguimiento psicosocial por cada persona víctima del conflicto que es atendida por el PAPSIVI (según la modalidad) registrando en una pestaña diferente las acciones para población VCA que no esté en procesos de atención psicosocial y ii) realizar el respectivo cargue en el aplicativo del MSPS del formato PAP040 (cuando sea necesario, según cada caso). El cargue en el aplicativo estará sujeto al correcto funcionamiento del mismo teniendo en cuenta que es administrado por el Ministerio.En relación con el aplicativo del MSPS es preciso aclarar que se deberá cargar el formato PAP 040, según las necesidades de cada caso, el cargue de la información deberá ser de manera mensual, posterior a que los profesionales psicosociales, realicen la creación del proceso de cada usuario/a. Por otro lado, frente al diligenciamiento de la Matriz definida por la SDS, el cargue de la información deberá ser de manera semanal. Al respecto se aclara que, los profesionales de enfermería podrán continuar con acciones o gestiones de los casos, indistintamente de si el caso ha sido cerrado por el profesional psicosocial.3. Realizar seguimiento frente a condiciones en salud física por parte del profesional de enfermería; las acciones que se realicen estarán orientadas a la identificación de riesgos en salud, valoración de riesgos psicofísicos derivados de los hechos victimizantes, identificación de barreras de acceso en salud y orientación e información en salud en tres de las estrategias diferenciales: i. Niños, Niñas y Adolescentes, ii. Mujer y iii. Paz, reconciliación y reintegración i.Las valoraciones se realizarán en el instrumento por curso de vida definido por la SDS y se registrará de manera digital en una matriz - formulario forms "Caracterización del riesgo individual" dispuesto para ello, en el momento de la valoración y según las condiciones se podrá diligenciar el instrumento impreso o el instrumento digital, sin embargo, al finalizar el mes todos los registros de valoraciones deberán estar cargados y registrados de manera digital en la matriz forms. Si la valoración es presencial se deberá diligenciar el PAP 030 con la firma del usuario, el cual deberá escanearse y cargarse en el forms. Si la valoración es virtual (telefónica o videollamada) deberá evidenciarse captura de la llamada en la que se identifique fecha y hora y deberá cargarse en el forms. ii.Los seguimientos se realizarán por curso de vida en el instrumento definido por la SDS y se registrará de manera digital en una matriz - formulario forms "Caracterización del riesgo individual" dispuesta para ello; en el momento del seguimiento y según las condiciones se podrá diligenciar el instrumento impreso o el instrumento digital, sin embargo, al finalizar el mes todos los registros de seguimientos deberán estar cargados y registrados de manera digital en la matriz forms. Si la valoración es presencial se deberá diligenciar el PAP 030 con la firma del usuario, el cual deberá escanearse y cargarse en el forms. Si la valoración es virtual (telefónica o videollamada) deberá evidenciarse captura de la llamada en la que se identifique fecha y hora y deberá cargarse en el forms. iii.Los seguimientos deberán contemplar una duración mínima de 30 minutos, en los cuales se deberá evidenciar la IEC correspondiente al plan de trabajo y gestiones en salud. iv.Las gestiones en salud se registrarán de manera digital en la matriz denominada "Gestiones en Salud" formulario forms que permitirá evidenciar las fechas de la gestión con su respectivo soporte bien sea correos electrónicos, citas médicas generadas a través de whatsapp, formularios de afiliación, entre otros.4.Acompañamiento a las profesionales de enfermería (en los casos determinados por la coordinación) en las acciones a desarrollar en los procesos de atención psicosocial en la modalidad comunitaria (solicitados previamente por los profesionales de dicha modalidad) en los momentos de (planeación metodológica, ejecución y evaluación de la jornada). Acompañamiento en la gestión y superación de barreras de acceso en salud (en los casos determinados por la coordinación local) lo cual se registrará de manera digital en la matriz denominada "Gestiones en Salud"5.Participar en las asistencias técnicas y/o reuniones de seguimiento cuando sean convocadas por la Secretaría Distrital de Salud y participar en las reuniones de equipo convocadas por las coordinaciones del proceso6.Participar en la jornada de fortalecimiento de capacidades técnicas. 7.Participar en la jornada de cuidado emocional 8.Realizar la propuesta metodológica de los diálogos de saberes en salud e implementarla en los centros de encuentro o en los espacios /lugares definidos, según cronograma de la SDS.9.Participar en jornadas de sensibilización, socialización, divulgación o de conmemoración convocadas por la SDS10.Realizar aportes técnicos para el informe mensual o fracción de mes y el informe final del producto acciones de promoción y prevención en salud

SUPERVISIÓN DEL CONTRATO

NOMBRE Y CARGO DE QUIEN EJERCERÁ LA SUPERVISIÓN		**NOMBRE Y PERFIL DEL APOYO A LA SUPERVISIÓN (SI APLICA)**	
1. Nombre:	BIBIANA YULIETH AVILA BOHORQUEZ	1. Nombre:	
2. Identificación:	20888182	2. Identificación:	
3. Cargo:	DIRECTORA GESTION DEL RIESGO EN SALUD	3. Perfil:	

Firma de Director o Jefe de Oficina	**Firma Subgerente Correspondiente**
Nombre de Director o Jefe de Oficina: BIBIANA YULIETH AVILA BOHORQUEZ DIRECTORA GESTION DEL RIESGO EN SALUD	Nombre Subgerente Correspondiente: DIANA MILENA MENDIVELSO DIAZ SUBGERENTE DE SERVICIOS DE SALUD

RIESGOS DE LA CONTRATACIÓN: 1) Inhabilidades e incompatibilidades sobrevinientes. 2) Demora en el inicio de la ejecución del contrato; 2) Errores en la supervisión; 3) Riesgo relacionado al cumplimiento de sus actividades; 4) Riesgo por no asistencia a las actividades programadas; 5) Riesgo en la planeación de las actividades por realizar; 6) Riesgo por no cumplimiento de normas y políticas institucionales, entre las que se encuentran misión, visión, planes de acción, objetivos, metas e indicadores; 7) Riesgo de no cumplimiento de los parámetros de calidad establecidos por el supervisor para las actividades asignadas; 8) No entrega de soportes , registros de las actividades de acuerdo con los procedimientos y requerimientos de la Entidad

Fecha en la que se recepciona el requerimiento por parte de la Subgerencia correspondiente:_____	Fecha en la que se recepciona el requerimiento por parte de la Dirección de Talento Humano:_____

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.026.562.160**

ABRIL MENDOZA

APELLIDOS

DAYANA PATRICIA

NOMBRES

Dayana Abril

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-NOV-1989**

GARAGOA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62	**AB+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

29-NOV-2007 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00080541-F-1026562160-20080927 0003787394A 2 23627176

Escaneado con CamScanner

CONSTANCIA DE VERIFICACIÓN Y CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DEL PERFIL A CONTRATAR

Bogotá D.C., 10 de octubre de 2024

PARA: ***DIANA MILENA MENDIVELSO DIAZ***
Ordenador del Gasto Respectivo

DE: ***BIBIANA YULIETH AVILA BOHORQUEZ***
Directora Gestión Del Riesgo En Salud

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: DAYANA PATRICIA ABRIL MENDOZA
DOCUMENTO IDENTIDAD COLABORADOR: 1.026.562.160
PERFIL A CONTRATAR: PROFESIONAL UNIVERSITARIO I
SERVICIO O AREA: DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD

Atentamente



BIBIANA YULIETH AVILA BOHORQUEZ
Directora Gestión Del Riesgo En 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:				

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 jueves 10 de octubre de 2024, a las 12:34:40, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1026562160
Código de Verificación	1026562160241010123440

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.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

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) **DAYANA PATRICIA ABRIL MENDOZA,** quien se identifica con

CÉDULA DE CIUDADANÍA No. **1026562160** de BOGOTA D.C.

(MIL VEINTISEIS MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y DOS MIL CIENTO SESENTA)

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:

* El certificado de antecedentes disciplinarios ordinario deberá contener las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes (Inciso 3°, artículo 238 - Ley 1952 de 2019).

* 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, en el certificado de antecedentes disciplinarios especial (Inciso 4°, 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.

VICTOR JULIO URIBE GOMEZ
Jefe Oficina Asesora Jurídica

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 256036543

PIB
12:39:05

Bogotá DC, 10 de octubre del 2024

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) DAYANA PATRICIA ABRIL MENDOZA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1026562160:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene 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. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del 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 Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

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.

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 12:31:18 PM horas del 10/10/2024, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1026562160**
Apellidos y Nombres: **ABRIL MENDOZA DAYANA PATRICIA**

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

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, 10/10/2024 12:33:00 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1026562160 .**

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. **103280893** . 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., 10 de octubre de 2024

PARA: DIANA MILENA MENDIVELSO DIAZ
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. -
Contratante

DE: DAYANA PATRICIA ABRIL MENDOZA- 1026562160
Contratista prestación de Servicios

Asunto: **DECLARACION JURAMENTADA**

Yo DAYANA PATRICIA ABRIL MENDOZA, identificado(a) con la C.C. No. 1026562160 de Bogotá, mayorde edad y con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., manifestó bajo la gravedad del juramento, que:

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: No me encuentro incurso en causal de inhabilidad, incompatibilidad, prohibición, conflicto de interés o impedimento alguno de conformidad a lo establecido la Constitución Nacional, así como el artículo 8 de la ley 80 de 1993; los artículos 1, 2 y 4 de la ley 1474 de 2011; el artículo 7 del Acuerdo 037 de 2017 (Estatuto de Contratación de la Subred) y demás normas concordantes para aplicar a el proceso de contratación que adelantará la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. bajo la modalidad de orden de prestación de servicios para el año en curso.

TERCERO: No se realizó ningún tipo de beneficio económico o de cualquier otra índole con algún colaborador y/o tercero de la Entidad que haya interferido en la aplicación del proceso de selección.

CUARTO: No tengo conocimiento sobre demandas de carácter alimentario en mi contra, así como también expreso que a la fecha No estoy incurso en procesos por alimentos. Además, manifiesto que en el evento de que surja una condena de esta naturaleza en mi contra, cumpliré con mis obligaciones de familia, para lo cual saldré al saneamiento de dicha sentencia, como lo estipula el Artículo 6º de la Ley 311 del 12 de agosto de 1996.

QUINTO: La información contenida en los soportes académicos presentados de forma magnética son reales y 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.

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	ENFERMEERA PROFESIONAL	13/07/2012	FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA	

SEXTO: Certifico que SI_____NO____X__existe circunstancia alguna que implique conflicto de intereses en el desarrollo de las actividades asignadas para la presente vigencia.

-Cuenta con familiares trabajando dentro de la Subred Sur Occidente SI___NO_X_

- De ser afirmativa su respuesta responda:
  - Nombre del familiar que trabaja en la institución: _____
  - Parentesco con esta persona: _____

- ¿Por qué medio llego su hoja de Vida a la Subred Integrada Sur Occidente ESE?

CORREO ELECTRONICO		
RADICACION DE HV DE FORMA FISICA		
PLATAFORMA DE EMPLEABILIDAD		
VOZ A VOZ		
REFERIDO POR ALGUN FUNCIONARIO		QUIEN: _____

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. 1026562160

TELEFONO 3014325992

DIRECCION CL 50 A SUR 86 A 59

BARRIO BOSA BETANIA

E-MAIL dayanitaabril09@gmail.com