| | 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:** | Unidad de Servicios de Salud PIC - Fontibon |
| **DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD** | 22 | 11 | 2024 | Servicio específico: ENTORNO LABORAL | |

**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** | LAURA ANDREA BERMUDEZ GORDILLO | | **CEDULA** | 1136884811 | | |
| ○ Remplazo 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 EN NUTRICION | **Formación académica requerida** | NUTRICIONISTA DIETISTA |
| **Requiere experiencia** | ☐ SI ☑ NO | **Descripción de la experiencia requerida** | |
| **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** | ☐ SI ☑ NO |

**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:** | CONVENIO PSPIC | **Suscrito con:** | FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD |
| **PROYECCION** 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** | $ 4.613.087 | **VALOR HORA** $ 25.071 |

**DESCRIPCIÓN CONTRACTUAL**

**OBJETO DEL CONTRATO**

Prestar servicios a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de PSPIC dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.

**ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA**

1. Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil de gestor, bachiller, técnico y/o tecnólogo, profesional, profesional especializado, conforme a lo establecido por los lineamientos distritales del Modelo de salud MAS Bienestar en el marco de las acciones del plan de intervenciones colectivas PSPIC, en concordancia a estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos en los documentos anexos del convenio, procesos, guías institucionales y nacionales vigentes. 2. Participar activamente en las jornadas programadas tanto por la SDS como por la Subred o las contempladas en el convenio asignado. 3. Desarrollar acciones de control social, demanda inducida, información, sensibilización, educación, canalización, atención, seguimiento, notificación de eventos de interés en salud pública y notificación de alertas a la población identificada. 4. Prestar los servicios contratados desde los ejes de humanización y seguridad del paciente, de acuerdo con las guías y protocolos institucionales vigentes. 5. Participar en reuniones de asistencia técnica ordinarias o extraordinarias, fortalecimiento de capacidades, inducción o reinducción, programadas por la secretaria Distrital de Salud o por la Subred. 6. Fortalecer los grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud. 7. Realizar entrega de productos, informes requeridos, bases de datos, aplicativos de la Subred o de la SDS, entre otros, o realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las observaciones de calidad dada por el supervisor del contrato y/o líder del proceso, cumpliendo los principios de veracidad, oportunidad, calidad según dinámica y/o programación de cada una de las líneas de intervención. 8. Alistar los soportes y presentar auditorías programadas tanto de la Subred, la SDS o por entes de control. 9. Elaborar y presentar cronograma mensual de actividades e informes de gestión y/o desarrollo del proceso según programación y velar por el cumplimiento de estos. 10. Atender las diferentes solicitudes asignadas y dar respuesta de manera oportuna a las mismas. 11. Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos, respondiendo a la disponibilidad según programación y necesidad del servicio. 12. Mantener la imagen institucional a través de las actuaciones individuales 13. Portar los elementos de identificación institucional de manera adecuada y permanente en la ejecución de las acciones, así como el uso eficiente de los insumos para el desarrollo de la actividad 14. Cuidar y dar buen uso los equipos y/o elementos asignados en el contrato para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio. 15. Cumplir con la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio 16. Participar activamente en procesos y metodologías de atención ante un evento prioritario de Salud Pública o alertas epidemiológicas que se presente de manera crítica en la Subred, según se requiera.

**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: | MARIBEL CORTES SUAREZ |
| 2. Identificación: | 20888128 | 2. Identificación: | 51958251 |
| 3. Cargo: | DIRECTORA GESTION DEL RIESGO EN SALUD | 3. Perfil: | REFERENTE ENTORNO LABORAL |
| | | | |
| **Firma de Director o Jefe de Oficina** | | **Firma Subgerente Correspondiente** | |
| Nombre de Director o Jefe de Oficina | BIBIANA YULIETH AVILA BOHORQUEZ<br>DIRECTORA GESTION DEL RIESGO EN SALUD | Nombre Subgerente Correspondiente | DIANA MILENA MENDIVELSO DIAZ<br>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:_____ |

# CONSTANCIA DE VERIFICACIÓN Y CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DEL PERFIL A CONTRATAR

Bogotá D.C., 26 Noviembre 2024

**PARA**: ***DIANA MILENA MENDIVELSO DIAZ***
***Subgerente de Prestación de Servicios de Salud***

**DE**: ***BIBIANA YULIETH AVILA BOHORQUEZ***
Directora de Gestión del Riesgo en Salud

**ASUNTO:** CONSTANCIA DE VERIFICACIÓN Y CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DEL PERFIL A CONTRATAR

Atento saludo,

Previa revisión de los documentos que hacen parte de la lista de chequeo documentación por orden de prestación de servicios 04-02-FO-0001 (versión 7), entregados por el colaborador que se relaciona a continuación, mediante la presente se informa que el mismo cumple con los requisitos necesarios del perfil a contratar.

| | |
|---|---|
| Nombre del colaborador: | LAURA ANDREA BERMUDEZ GORDILLO |
| Identificación del colaborador: | 1136884811 |
| Perfil del colaborador: | PROFESIONAL EN NUTRICION |
| Área específica de la prestación del servicio: | ENTORNO LABORAL |

Atentamente

**SUPERVISOR CONTRACTUAL**
BIBIANA YULIETH AVILA BOHORQUEZ
Directora de Gestión del Riesgo en Salud

**COORDINACIÓN PSPIC**
JUDY MARCELA LÓPEZ GUERRERO
Coordinadora PSPIC

| 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: | Maribel Cortes Suarez | Referente Entorno Laboral | | 26/11/2024 |

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 viernes 18 de octubre de 2024, a las 13:10:36, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 1136884811 |
| Código de Verificación | 1136884811241018131036 |

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) **LAURA ANDREA BERMUDEZ GORDILLO,** quien se identifica con

CÉDULA DE CIUDADANÍA No. **1136884811** de BOGOTA D.C.

(MIL CIENTO TREINTA Y SEIS MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS ONCE)

**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. 256461783

PIB
13:08:18


Bogotá DC, 18 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) LAURA ANDREA BERMUDEZ GORDILLO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1136884811:

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 01:10:46 PM horas del 18/10/2024, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1136884811**
Apellidos y Nombres: **BERMUDEZ GORDILLO LAURA ANDREA**

**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



Todos los derechos reservados.

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, 18/10/2024 01:10:27 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1136884811 .**

## 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. **103670174** . 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., 18 de octubre de 2024

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

**DE**: LAURA ANDREA BERMÚDEZ GORDILLO C.C.1136884811
Contratista prestación de Servicios

Asunto: **DECLARACION JURAMENTADA**

Yo Laura Andrea Bermúdez Gordillo identificado(a) con la C.C. No. 1136884811 de Bogotá, mayor de 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 | NUTRICIONISTA DIETISTA | 10-09-2015 | UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA | N/A |
| | | | | |

**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_

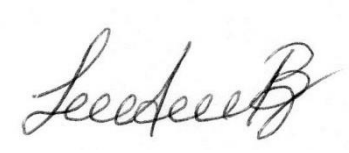
- De ser afirmativa su respuesta responda:
  - Nombre del familiar que trabaja en la institución: _____
  - Parentesco con esta persona: _____

- ¿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 | x | |
| 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. 1136884811

TELEFONO 319 338 8161

DIRECCION Calle 6c 82 A 78 Torre 6 Apartamento 603

BARRIO Nuevo Techo

E-MAIL Laabermudezgo1@gmail.com