Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**FORMATO DE REQUERIMIENTO PRESTACION DE SERVICIOS PARA NUEVO CONTRATO**	Versión:	**4**
		Fecha de aprobación:	**9/09/2024**
		Código:	**04-02-FO-0011**
			ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

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**	YOMAIRA ESTHER VALDEZ DIAZ		**CEDULA**	22738787		
○ 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	TECNICO	**Formación académica requerida**	TECNICA EN SALUD
Requiere experiencia	☑ SI ☐ NO	**Descripción de la experiencia requerida**	**Técnico en salud** **Experiencia relacionada de 24 meses, de los cuales al menos 1 año sea con poblacionales vulnerables** **Nota: Talento humano seleccionado por las instancias de participación respectivas.**
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:**	**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**	$ 3.562.790	**VALOR HORA** $ 19.363

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.Continuidad y cierre por cumplimiento de objetivos de 10 procesos de atención psicoancestral individual (Akkany) y 1 proceso de atención psicosocial en la modalidad familiar para personas víctimas del conflicto armado.
Para el desarrollo de las acciones de atención psicoancestral Individual (akkany) y/o familiar se ha definido la participación de una bina psicosocial, quienes para cada una de las sesiones deberán preparar la metodología, así como la respectiva sistematización y registro de las personas en proceso de atención psicoancestral en formato previamente establecido. Nota: es preciso establecer que, si un proceso es fallido, éste deberá ser repuesto así su cierre sea en el ciclo 2025 2.Continuidad y cierre por cumplimiento de objetivos de 10 procesos de atención en salud ancestral. (correspondiente a 10 casos en modalidad individual y 1 en modalidad familiar por equipo). Para el desarrollo de las acciones de salud ancestral se ha definido la participación de una bina en salud física. Se realizará la respectiva sistematización y registro de las personas en proceso de salud ancestral en el formato previamente establecido. 3.Durante este proceso se realizará la identificación de riesgos en salud para el desarrollo de acciones de información y educación, así como la orientación y/o atención desde la medicina ancestral (para ello, la Subred deberá garantizar la entrega oportuna de insumos de medicina ancestral solicitados de manera previa). Por otro lado, contempla todas aquellas acciones – gestiones realizadas que aporten a mejorar las condiciones de vida y salud de las personas víctimas que ingresaron a los procesos de atención psicosocial diferencial. Nota: es preciso establecer que, si un proceso es fallido, éste deberá ser repuesto así su cierre sea en el ciclo 2025 4.Realizar el abordaje de 1 proceso de atención psicoancestral comunitario para personas víctimas del conflicto armado Para el desarrollo de las acciones de atención psicoancestral comunitario se ha definido la participación del equipo psicosocial completo (4 perfiles), quienes deberán preparar la metodología, así como la respectiva sistematización y registro de las personas en proceso de atención psicoancestral en formato previamente establecido 5.Apertura y cierre por cumplimiento de objetivos de 10 procesos de atención psicoancestral individual (Akkany) y 1 proceso de atención psicosocial en la modalidad familiar para personas víctimas del conflicto armado. Para el desarrollo de las acciones de atención psicoancestral Individual (akkany) y/o familiar se ha definido la participación de una bina psicosocial, quienes para cada una de las sesiones deberán preparar la metodología, así como la respectiva sistematización y registro de las personas en proceso de atención psicoancestral en formato previamente establecido. 6.Apertura y cierre por cumplimiento de objetivos de 10 procesos de atención en salud ancestral. (correspondiente a 10 casos en modalidad individual y 1 en modalidad familiar por equipo). Para el desarrollo de las acciones de salud ancestral se ha definido la participación de una bina en salud física. Se realizará la respectiva sistematización y registro de las personas en proceso de salud ancestral en el formato previamente establecido. Durante este proceso se realizará la identificación de riesgos en salud para el desarrollo de acciones de información y educación, así como la orientación y/o atención desde la medicina ancestral (para ello, la Subred deberá garantizar la entrega oportuna de insumos de medicina ancestral solicitados de manera previa). Por otro lado, contempla todas aquellas acciones – gestiones realizadas que aporten a mejorar las condiciones de vida y salud de las personas víctimas que ingresaron a los procesos de atención psicosocial diferencial. 7.Realizar el abordaje de 2 procesos de atención psicoancestral comunitario para personas víctimas del conflicto armado Para el desarrollo de las acciones de atención psicoancestral comunitario se ha definido la participación del equipo psicosocial completo (4 perfiles), quienes deberán preparar la metodología, así como la respectiva sistematización y registro de las personas en proceso de atención psicoancestral en formato previamente establecido 8.Esta subactividad incluye digitar en Matriz/Aplicativo de seguimiento psicosocial por cada persona víctima del conflicto que es atendida por el equipo (según la modalidad), el cargue de la información deberá hacerse de manera semanal9.Participar en la jornada de fortalecimiento de capacidades técnicas 10.Participar en la jornada de cuidado emocional 11.Realizar aportes técnicos para el informe mensual o fracción de mes y el informe final del producto atención psicosocial diferencial para población víctima del conflicto armado con pertenencia étnica Palenquera

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 22.738.787
VALDEZ DIAZ

APELLIDOS
YOMAIRA ESTHER

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 25-MAR-1982
BARRANQUILLA
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.71 ESTATURA | A+ G.S. RH | F SEXO

25-ABR-2001 BARRANQUILLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00304270-F-0022738787-20110527 0027083616A 2 1161333606

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Powered by 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 YOMAIRA ESTHER VALDEZ DIAZ
DOCUMENTO IDENTIDAD COLABORADOR: 22.738.787
PERFIL A CONTRATAR: TÉCNICO
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 viernes 11 de octubre de 2024, a las 14:25:10, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	22738787
Código de Verificación	22738787241011142510

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) **YOMAIRA ESTHER VALDEZ DIAZ,** quien se identifica con

CÉDULA DE CIUDADANÍA No. **22738787** de BARRANQUILLA

(VEINTIDOS MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y OCHO MIL SETECIENTOS OCHENTA 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:

* 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. 256114939

PIB
14:24:48

Bogotá DC, 11 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) YOMAIRA ESTHER VALDEZ DIAZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 22738787:

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 02:25:06 PM horas del 11/10/2024, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **22738787**
Apellidos y Nombres: **VALDEZ DIAZ YOMAIRA ESTHER**

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, 11/10/2024 02:26:35 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **22738787 .**

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. **103355855** . 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: YOMAIRA ESTHER VALDEZ DIAZ - 22738787
Contratista prestación de Servicios

Asunto: **DECLARACION JURAMENTADA**

Yo Yomaira valdez , identificado(a) con la C.C. No. 22738787 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	TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA	19/12/2002	INSTITUTO CENTRO DE SISTEMAS L.T.D.A. SISTEM CENTER	NO

FORMAL	BACHILLER EN PROMOCION SOCIAL	18/12/1999	CENTRO PEDAGOGICO INTEGRAL SEDE GUSTAVO AGUIRE 21	NO

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_

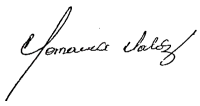
- De ser afirmativa su respuesta responda:
  - Nombre del familiar que trabaja en la institución: _____
  - Parentesco con esta persona: _____

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

CORREO ELECTRONICO	X	
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. 22738787

TELEFONO 3219004167

DIRECCION. Cll 7b N 69d-10

BARRIO. Marsella antigua
E-MAIL. yvdtecnicopapsivi@gmail.com