| | 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 | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Día | Mes | Año | Sede: | HOSPITAL PEDIATRICO TINTAL |
| JUAN MANUEL MENDIETA- Director Técnico de Urgencias | 25 | 11 | 2024 | Servicio específico: | APH - SALUD MENTAL |

**JUSTIFICACIÓN O NECESIDAD DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO REQUERIDO**

| | | |
|---|---|---|
| ○ Nuevo | **Justificación:** | **La dependencia de URGENCIAS requiere la contratación de un PSICOLOGO para la Atención del Programa de Atención Prehospitalaria en ejecución del Convenio APH - SALUD MENTAL, cuyo objeto es el Aunar esfuerzos técnicos, administrativos y financieros entre el FFDS y la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., para prestar el servicio de traslado asistencial de pacientes y la atención prehospitalaria en relación con las necesidades de atención de urgencias, emergencias y desastres en salud y salud mental en el Distrito Capital en el marco del Sistema de Emergencias Médicas y el modelo de atención en salud.** |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ● Antiguo | **Nombre OPS a contratar** | **CAROL DANIELA DIAZ TRIVIÑO** | | **CEDULA** | **1032488380** | | |
| ○ Remplazo OPS | **Numero de OPS a reemplazar: NA** | **Motivo** | | **Otro** ○ | **Cual:** | **Fecha de retiro:** | |
| ○ Cambio de vigencia. | **Nombre completo** | _____ | **Numero de documento** | _____ | | | |

**DESCRIPCIÓN DEL PERFIL A CONTRATAR**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Perfil** | **PSICOLOGO** | **Formación académica requerida** | PROFESIONAL EN PSICOLOGO |
| **Requiere experiencia** | ■ SI ○ NO | **Descripción de la experiencia requerida** | **UN AÑO EN ATENCION PREHOSPITALARIA O URGENCIAS** |
| **Habilidades o conocimientos específicos** | **Cumplir los estandares del servicio asignado, siendo oportuno en la entrega de turno compliendo con la asignacion de los mismos, tramitando la historia clinica comumpliendo con la Resolucion 1995 de 1999, informando a los usuarios y su familia sobre su estado de salud y todas las demas actividades que le sean asignadas por el supervisor del contratO y sean afines al desarrollo del objeto del contrato, Profesional integral, proactivo, creativo , dinamico , disciplinado , responsable, y comprometido con la Institucion y principalmente con los pacientes, con habilidades de trabajo en equipo, comunicación efectiva, buenas relaciones interpersonales y adapatabilidad al cambio y al aprendizaje continuo, persistente y orientado a obtener significativos resultados y con la dispocision de dearrollar nuevas habilidades en todos los campos de la Medicina.** | | |
| **Número de personas requeridas** | **1** | **Requiere cursos de habilitación** | ○ SI |

**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:** | **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:** | 186 | **Honorarios mensuales:** | $ 3.313.962 | **Valor hora** | $ 17.817 |

**DESCRIPCIÓN CONTRACTUAL**

**OBJETO DEL CONTRATO**

Aunar esfuerzos técnicos, administrativos y financieros entre el FFDS y la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., para prestar el servicio de traslado asistencial de pacientes y la atención prehospitalaria en relación con las necesidades de atención de urgencias, emergencias y desastres en salud y salud mental en el Distrito Capital en el marco del Sistema de Emergencias Médicas y el modelo de atención en salud.

**ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA**

1) Realizar las actividades de Valoración diagnóstica y terapéutica, estabilización de pacientes cuando de acuerdo a solicitud por el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE., en caso de requerir apoyo técnico se realizará a través de telexperticia por psiquiatra de turno dentro del plan integral de cada paciente según su condición clínica y la pertinencia clínica
2) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes
3) Diligenciamiento oportuno, completo y adecuado de los registros propios del programa de salud mental (Historia Clínica de valoración, formatos, consentimiento y desistimiento de valoración, cadena de custodia, interconsulta, fórmula médica etc.) los registros se deben realizar en el sistema asignado inmediatamente sea valorado el paciente 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
4) Participar en la programación de las actividades de la Subred.
5) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.
6) 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.
7) Impartir instrucciones al personal relacionado con el manejo de los pacientes.
8) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.
9) Realizar las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio.
10) Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.
11) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.
12) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.
13) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.
14) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado
15) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.
16) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.
17) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.
18) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado.
19) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente
20) Realizar coordinados con el médico regulador para la estabilización de pacientes, dentro de su núcleo de saber. Incluyendo la aplicación de medicamentos.
22). Estar atentos al cumplimiento de las órdenes operativas del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias. Realizar los reportes radiales de información pertinente del paciente con propósitos de regulación médica y orientación en relación al paciente, brindar información relevante de situaciones de emergencia al médico regulador, directivos del centro regulador
23) Desarrollar las actividades de acuerdo a la programación de actividades asignadas, según cronogramas previamente establecido, sin que estas actividades superen las 12 horas continuas, incluyendo capacitaciones
24). Portar de manera decorosa las prendas institucionales, junto con el carné que lo acredita como colaborador de la Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente.
25). Cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad.
26). Velar por la oportunidad, la pertinencia, continuidad, seguridad, racionalización y resolutivita en el programa de salud mental 27). Informe y registro oportuno de datos críticos. Y Reporte y registro de sucesos de seguridad. Cumplir cronogramas de mantenimiento de equipos biomédico
28). Adoptar los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades.
29). Cumplir con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades.
30). Responder oportunamente a los despachos y/o llamados generados desde el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE. 31). Aplicar las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional.
32). Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.
33). Registrar todos los desplazamientos realizados en el vehículo "Fallidos y efectivos" por medio del aplicativo o en físico
34). Capturar los soportes necesarios para realizar el debido proceso de la autorización y facturación de los traslados y/o valoraciones realizadas. 35. Responder y asistir a las citaciones derivadas de los requerimientos del sistema de PQRS, Novedades administrativas y Asistenciales generadas por el Centro regulador de Urgencias y Emergencias en Salud CRUE o la subred.
36). Uso adecuado, racionalización y registro de insumos.
37). Diligenciamiento claro y oportuno del formato de los formatos secundarios a la atención.
38). Registro adecuado y oportuno de inventario y pedido de insumos, en todo momento será responsabilidad del auxiliar el mantenimiento de la suficiencia de insumos, medicamentos y equipos, así como las fechas de vencimiento y verificación de semaforización de los mismos.
38). Supervisar al auxiliar de enfermería para que en conjunto con el auxiliar de farmacia de la subred se realice la gestión y mantenimiento de inventario de medicamentos, materiales e insumos de la ambulancia, para mantener las cantidades indicadas en el listado definido por la subred.
39) Verificación pre operacional del equipamiento biomédico y equipos de apoyo diagnóstico.
40). Entregar los soportes de la atención para facturación dentro de las 24 horas siguientes, so pena de incurrir en incumplimiento y/o glosa del servicio

**SUPERVISIÓN DEL CONTRATO**

| NOMBRE Y CARGO DE QUIEN EJERCERÁ LA SUPERVISIÓN | | NOMBRE Y PERFIL DEL APOYO A LA SUPERVISIÓN (SI APLICA) | |
|---|---|---|---|
| 1. Nombre: | JUAN MANUEL MENDIETA NOVOA | 1. Nombre: | |
| 2. Identificación: | 79863903 | 2. Identificación: | |
| 3. Cargo: | DIRECTOR TECNICO SERVICIOS DE URGENCIAS | 3. Perfil: | |

| Firma de Director o Jefe de Oficina | | Firma Subgerente Correspondiente | |
|---|---|---|---|
| Nombre de Director o Jefe de Oficina | JUAN MANUEL MENDIETA NOVOA | Nombre Subgerente Correspondiente | DIANA MILENA MENDIVELSO DIAZ |

**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:_____ |

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

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

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que siendo las 06:40:08 AM horas del 18/11/2024, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1032488380**
Apellidos y Nombres: **DIAZ TRIVIÑO CAROL DANIELA**

**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.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO No. 258154673

PIB
06:37:52


Bogotá DC, 18 de noviembre 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) CAROL DANIELA DIAZ TRIVIÑO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1032488380:

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.**

**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) **CAROL DANIELA DIAZ TRIVIÑO,** quien se identifica con

CÉDULA DE CIUDADANÍA No. **1032488380** de BOGOTA D.C.

(MIL TREINTA Y DOS MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS OCHENTA)

**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

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, 18/11/2024 07:45:29 a. m. para **el Nº de Expediente o Comparendo:** Nº. **1032488380**

## 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. **105215065** . 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

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 lunes 18 de noviembre de 2024, a las 06:02:29, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 1032488380 |
| Código de Verificación | 1032488380241118060229 |

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

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

Bogotá D.C., 21 de noviembre 2024

**PARA**: **DIANA MILENA MENDIVELSO DIAZ**
ORDENADOR DEL GASTO RESPECTIVO

**DE**: **JUAN MANUEL MENDIETA NOVOA**
SUPERVISOR CONTRACTUAL

**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: | **Carol Daniela Díaz Triviño** |
| Identificación del colaborador: | 1032488380 |
| Perfil del colaborador: | Psicóloga |
| Área específica de la prestación del servicio: | APH-SALUD MENTAL |

Atentamente,

JUAN MANUEL MENDIETA NOVOA
Director Servicio de Urgencias

ANGELY BOILES CABALLIS
Líder Convenio APH- SM

| 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: | Angely Boiles Cabalis | Lider Convenio APH - SM | | 21-11-2024 |

Calle 9 No. 39-46
PBX: 555 1347
Ext: 1008
www.subredsuroccidente.gov.co

Código Postal: 111611

Bogotá D.C., 18 de noviembre 2024

**PARA**: **DIANA MILENA MENDIVELSO DIAZ**
**ORDENADOR DEL GASTO RESPECTIVO**

**DE**: **CAROL DANIELA DIAZ TRIVIÑO**
Contratista prestación de Servicios

Asunto: **DECLARACION JURAMENTADA CONTRATISTA**

Yo Carol Daniela Díaz Triviño identificado(a) con la C.C. No. 1032488380 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 para la ejecución de las actividades. **SEGUNDO**: La información contenida en los soportes académicos formales e informales (Diplomas, actas, certificados) 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 | PSICOLOGA | 06/12/2019 | UNIVERSIDAD CATOLICA DE COLOMBIA | N/A |
| FORMAL | ATENCION INTENGRAL EN SALUD A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL | 15/08/2020 | POLITECNICO DE COLOMBIA | 2 AÑOS |
| FORMAL | EL DERECHO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIAS | 13/06/2024 | EL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DEL SERVICIO CIVIL DISTRITAL | 2 AÑOS |
| FORMAL | CURSO VIRTUAL MHGAP HUMANITARIO | 14/08/2023 | ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD | 2 AÑOS |
| FORMAL | CURSO MISIÓN MÉDICA | 29/07/2024 | SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD | 2 AÑOS |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| FORMAL | ABORDAJE INTEGRAL DE LA PERSONA CON CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (FARMACODEPENDENCIA) | 28(08/2024 | SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD | 2 AÑOS |
| FORMAL | CURSO PRIMER RESPONDIENTE | 07/11/2024 | SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD | 2 AÑOS |

**TERCERO:** Me obligo a tener actualizados los cursos soportes requeridos por habilitación, si es necesario. **CUARTO:** 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 por la entidad.

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.

Carol Daniela Diaz Triviño
C.C. 1.032.488.380



FIRMA
NOMBRE CAROL DANIELA DIAZ TRIVIÑO
C.C. No. 1032488380
TELEFONO 3118603845
DIRECCION DG 18 A S 2ª 31
E-MAIL caroldanieladt@gmail.com