	JUSTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD Y ESTUDIO PREVIO PARA LA CONTRATACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN	Versión:	5	
		Fecha de aprobación:	11/25/2024	
		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	ADMINISTRATIVO
	Día	Mes	Año	Sede:	HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY
DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	12	12	2024	Servicio específico:	DIRECCION HOSPITALARIA

MODALIDAD DE CONTRATACIÓN: CONTRATACIÓN DIRECTA - CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN

JUSTIFICACIÓN O NECESIDAD DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO REQUERIDO

○ Nuevo	**Justificación**	La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., requiere para el cumplimiento de sus objetivos institucionales contratar personal de apoyo a la gestion administrativa y/o asistencial para la Direccion de Servcios Hospitalarios acorde con las obligaciones y actividade pactadas					
◉ Antiguo	**Nombre OPS a contratar**	**URAZAN TORRES GINA ROCIO**			**CEDULA**	**53167376**	
○ Remplazo OPS	**Numero de OPS a reemplazar:**		**Motivo**	**Terminación de contrato**	**Otro** ☐	**Cual:**	**Fecha de retiro:**
○ Cambio de vigencia.	**Nombre completo**	_____	**Numero de documento**	_____			

DESCRIPCIÓN DEL PERFIL A CONTRATAR

Perfil	**PROFESIONAL ESPECIALIZADO-NEUROPISICOLOGA**	**Formación académica requerida**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO-NEUROPSICOLOGA
Requiere experiencia	☑ SI ☐ NO	**Descripción de la experiencia requerida**	
Habilidades o conocimientos específicos	**Trabajo en equipo, toma de decisiones, participación y adherencia en los procesos guías y procedimientos del servicio**		
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:**		**Suscrito con:**	
PROYECCIÓN Marque la casilla correspondiente según las condiciones del contrato en lo	MES	☑					
	HORA	☐		**Número de horas mensuales:**			

DESCRIPCIÓN CONTRACTUAL

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVA Y/O ASISTENCIAL EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE DE ACUERDO AL REQUERIMIENTO INSTITUCIONAL

PLAZO Y LUGAR DE EJECUCIÓN

BOGOTA

ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

1) Realizar actividades como profesional de salud, con plena autonomía de acuerdo a los procedimientos establecidos por la Subred. 2) Ejecutar las acciones propias de su objeto contractual según plan de trabajo y cronograma de actividades el cual deberá ser aprobado previamente por el supervisor. 3) Proponer acciones de mejoramiento orientados a fortalecer la calidad de la atención en los diferentes servicios. 4) Elaborar informes mensuales de seguimiento que sean requeridos por su supervisor. 5) Apoyar la respuesta a los requerimientos presentados por usuarios, entes de control y entidades responsables de pago, entre otras. 6) Asesorar y participar en los diferentes comités institucionales. 7) Apoyar a la Dirección y Subgerencia en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra-institucionales. 8) Impartir instrucciones al personal a cargo. 9) Velar por el registro de los procedimientos, actividades e intervenciones y todos aquellos necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación. 10) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. 11) Cumplir con los compromisos definidos en los planes de mejoramiento y auditoria de calidad que sean relacionados con el desarrollo de las actividades propias del contrato. 12) Generar acciones de autocontrol y mejoramiento que garanticen la operación eficiente del área. 13) Participar en el seguimiento de las metas de producción y los indicadores del sistema de calidad. 14) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. 15) Ejercer la supervisión de los contratos que le sean designados. 16) Diseñar estrategias de seguimiento a los servicios y programas que permita medir su impacto frente a las necesidades de la población y su sostenibilidad en la Institución. 17) Promover el uso racional de los recursos asignados al área. 18) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. 19) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento. 20) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. 21) Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. 22) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. 23) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado. 24) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente. 25) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.

PRODUCTOS

LOS PRODUCTOS DEBERÁN SER DE CONFORMIDAD CON LA COORDINACIÓN DE ACTIVIDADES ENTRE EL SUPERVISOR Y EL CONTRATISTA.

VALOR ESTIMADO

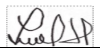
VALOR DE CONFORMIDAD CON LA TABLA DE HONORARIOS VIGENTE. EL ORDENADOR DEL GASTO GARANTIZA QUE ESTE PROCESO CUENTA CON RECURSOS DISPONIBLES PARA SU CONTRATACIÓN

GARANTÍAS

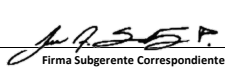
S/A

SUPERVISIÓN DEL CONTRATO

NOMBRE Y CARGO DE QUIEN EJERCERÁ LA SUPERVISIÓN		NOMBRE Y PERFIL DEL APOYO A LA SUPERVISIÓN (SI APLICA)	
1. Nombre:	SOBRINO MEJIA FIDEL SOBRINO	1. Nombre:	
2. Identificación:	79436979	2. Identificación:	
3. Cargo:	REFERENTE TECNICO NEUROLOGIA	3. Perfil:	



Firma de Director o Jefe de Oficina



Firma Subgerente Correspondiente

Nombre de Director o Jefe de Oficina	LINA MARIA OLIVEROS HERNANDEZ	Nombre Subgerente Correspondiente	JAVIER ALFONSO SANTOS PACHECO

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., diciembre 2024

PARA: JAVIER ALFONSO SANTOS
Ordenador del gasto

DE: FIDEL ERNESTO SOBRINO MEJÍA

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:	URAZAN TORRES GINA ROCIO
Identificación del colaborador:	53167376
Perfil del colaborador:	NEUROPSICOLOGA
Área específica de la prestación de servicio:	NEUROLOGA

Atentamente

SUPERVISOR CONTRACTUAL
Nombre: Fidel Ernesto Sobrino Mejía
Cargo: Referente Técnico de Neurología

JEFE DE OFICINA Y/O DIRECTOR (A)
Nombre: Lina María Oliveros Hernández
Cargo: Directora de Servicios Hospitalarios

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 28 de noviembre de 2024, a las 08:46:14, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	53167376
Código de Verificación	53167376241128084614

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) **GINA ROCIO URAZAN TORRES,** quien se identifica con

CÉDULA DE CIUDADANÍA No. **53167376** de BOGOTA D.C.
(CINCUENTA Y TRES MILLONES CIENTO SESENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS SETENTA Y SEIS)
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 delas 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. 258888281

PIB
08:51:18
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 28 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) GINA ROCIO URAZAN TORRES identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 53167376:

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 11:05:12 AM horas del 28/11/2024, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **53167376**
Apellidos y Nombres: **URAZAN TORRES GINA ROCIO**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

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

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 28/11/2024 08:56:35 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **53167376 .**

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. **105821749** . 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., noviembre 2024

PARA : JAVIER ALFONSO SANTOS
Ordenador del gasto

DE: **GINA ROCÍO URAZÁN TORRES**
Contratista prestación de Servicios

Asunto: **DECLARACION JURAMENTADA CONTRATISTA**

Yo **GINA ROCÍO URAZÁN TORRES**, identificado(a) con la C.C. No. 53167376 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	MAESTRIA EN NEUROPSICOLOGIA CLÍNICA	15/09/2011	Universidad de San Buenaventura Bogotá	
FORMAL	ESPECIALIZACION EN EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO NEUROPSICOLÓGICO	16/07/2010	Universidad de San Buenaventura Bogotá	
FORMAL	PSICÓLOGA	03/04/2009	Universidad Católica de Colombia	

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.



FIRMA _____
NOMBRE **GINA ROCÍO URAZÁN TORRES**
C.C. No. 53167376
TELEFONO 3046652550
DIRECCION Calle 15 # 16-15 Torre 6 Apto 301 Conjunto Tulipanes
E-MAIL giro706@gmail.com

Cendiatra

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL PRE INGRESO

Dirreción: CALLE 19 No. 3-50 p 12 Cs 1202 y 1203
Teléfono: (57 1) 7443001
Web: www.cendiatra.com
Email: cendiatra@cendiatra.com

SEDE	CENDIATRA CENTRO	**DIRECCIÓN**	Cra. 5 No. 19 - 08 Edificio Los Andes
TELÉFONO	2826429 - 3424934	**EMAIL**	citas.centro@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2021-12-04	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	GINA ROCIO URAZAN TORRES			Identificación CC	Nro 53167376
Fecha de Nacimiento	1985-10-06	**Edad**	36	**Sexo**	F
Empresa	CLIENTE OCASIONAL				
Cargo	CONTRATISTA				
Fecha Ingreso	2021-12-04 11:53:01	**Fecha Salida**	2021-12-04 11:53:25		

EXAMENES REALIZADOS

ENFASIS OSTEOMUSCULAR — EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

CONCEPTO_DE_APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD	SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES

NUTRICIONALES – CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA	SI
OTRAS:	NO PRESENTA

INGRESO_PROGRAMA_VIGILANCIA_EPIDEMIOLOGICA

OTROS	NO PRESENTA

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

Fui Informado sobre mi estado actual de condiciones salud.

GUDRID TEIRUMA VALBUENA VEGA
RM: 1026275864
Firma y sello del médico

GINA ROCIO URAZAN TORRES
CC 53167376
Firma del trabajador