| | | | |
|---|---|---|---|
| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | **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: | 25/11/2024 |
| | | 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** |
|---|---|---|---|---|---|
| **DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS** | **Día** | **Mes** | **Año** | **Sede:** | **HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY** |
| | 9 | 12 | 2024 | **Servicio específico:** | **UNIDAD RENAL** |

**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:** | **Cubrir la necesidad de la sala de hemodialisis a la atencion del paciente en terapia de reemplazo renal.** | | | | | |
| ( ) Antiguo | **Nombre OPS a contratar** | | | | **CEDULA** | | |
| ( ) Reemplazo OPS | **Numero de OPS a reemplazar:** | | **Motivo** | | **Otro** ☐ | **Cual:** | **Fecha de retiro:** |
| (•) Cambio de vigencia. | **Nombre completo** | **CONTRERAS AMADO ENRIQUE** | | **Numero de documento** | **1022433538** | | |

**DESCRIPCIÓN DEL PERFIL A CONTRATAR**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Perfil** | **Auxiliar Enfermería** | | **Formación académica requerida** | TECNICO | |
| **Requiere experiencia** | ☐ SI ☑ NO | | **Descripción de la experiencia requerida** | | |
| **Habilidades o conocimientos específicos** | **Auxiliar Enfermería** | | | | |
| **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:** | | 216 | | | | | |

**DESCRIPCIÓN CONTRACTUAL**

**OBJETO DEL CONTRATO**

Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de Enfermería, 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.

**PLAZO Y LUGAR DE EJECUCIÓN**

BOGOTÁ, D.C, CUATRO (4) MESES

**ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA**

1. Ejecutar con criterio todas las acciones encaminadas a la prestacion integral delpaciente en terapia de reemplazo renal. 2. Realizar procedimientos dentro de la sala de hemodialisis con adherencia a los protocolos de la unidad renal. 3. Relaciones interpersonales, trabajo en equipo y trato humanizazo, comunicación acertiva. 4. Manejo , uso de recursos fisicos , insumos equipos, e identificacion. 5.Entrega de reporte indicadores de calidad. 6.Verificar actividades propias del servicio para bienestar del paciente. 7. Cumplir con las normas según el manual de bioseguridad . 8. Educacion clinica e investigacion permanente.

**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**

NO APLICA

**SUPERVISIÓN DEL CONTRATO**

| **NOMBRE Y CARGO DE QUIEN EJERCERÁ LA SUPERVISIÓN** | | **NOMBRE Y PERFIL DEL APOYO A LA SUPERVISIÓN (SI APLICA)** | |
|---|---|---|---|
| 1. Nombre: | LUDY ANDREA CUBILLOS MORA | 1. Nombre: | |
| 2. Identificación: | 52465298 | 2. Identificación: | |
| 3. Cargo: | Enfermera - Lider Unidad Renal | 3. Perfil: | |

| | |
|---|---|
| **Firma del Director de Servicios Complementarios** | **Firma Subgerente de Prestacion de Servicios de Salud** |
| Nombre de Director de Servicios Complementarios: LUZ DARY TERAN MERCADO | Nombre Subgerente de Prestacion de Servicios de Salud: DIANA MILENA MENDIVELSO DIAZ |

*Contratación 2025*

**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.,09 de DICIEMBRE del 2024

**PARA**: DIANA MILENA MENDIVELSO DÍAZ
SUBGERENCIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
ORDENADOR DEL GASTO RESPECTIVO

**DE**: **LUDY ANDREA CUBILLOS MORA**
PROFESIONAL DEL ÁREA DE LA SALUD – SUPERVISORA
SUPERVISOR CONTRACTUAL Y/O JEFE DE OFICINA, DIRECTOR (A)

**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: | CONTRERAS AMADO ENRIQUE CONTRERAS |
| Identificación del colaborador: | 1022433538 |
| Perfil del colaborador: | AUXILIAR DE ENFERMERIA |
| Área específica de la prestación del servicio: | UNIDAD RENAL |

Atentamente

**SUPERVISOR CONTRACTUAL**
Nombre LUDY ANDREA CUBILLOS MORA
Cargo Enfermera – Líder Unidad Renal

**JEFE DE OFICINA Y/O DIRECTOR (A)**
Nombre LUZ DARY TERAN MERCADO
Cargo directora de servicios complemetario

| 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: | Ludy Andrea cubillos mora | Enfermera - Líder Unidad Renal | | 09 de DICIEMBRE del 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 domingo 24 de noviembre de 2024, a las 20:53:44, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 1022433538 |
| Código de Verificación | 1022433538241124205344 |

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) **ENRIQUE CONTRERAS AMADO,** quien se identifica con

CÉDULA DE CIUDADANÍA No. **1022433538** de BOGOTA D.C.

(MIL VEINTIDOS MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y TRES MIL QUINIENTOS TREINTA Y OCHO)

**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. 258612594

PIB
20:43:20


Bogotá DC, 24 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) MARGARITA ASSENETH GUZMAN VILLANUEVA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52836436:

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.**

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

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 08:51:48 PM horas del 24/11/2024, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1022433538**

Apellidos y Nombres: **CONTRERAS AMADO ENRIQUE**

**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.

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, 24/11/2024 08:53:20 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1022433538 .**

## 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. **105630213** . 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., 25 de noviembre de 2024

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

**DE**: **ENRIQUE CONTRERAS AMADO**
Contratista prestación de Servicios

Asunto: **DECLARACION JURAMENTADA CONTRATISTA**

Yo ENRIQUE CONTRERAS AMADO, identificado(a) con la C.C. No. 1022433538 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 | BACHILLER ACADEMICO | 04/12/2015 | JULIO GARAVITO ARMERO | N/A |
| FORMAL | TECNICO AUXILIAR EN ENFERMERIA | 19/12/2020 | E.S.A.E ESCUELA DE AUXILIARES EN ENFERMERIA | N/A |

**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 | **ENRIQUE CONTRERAS AMADO** |
| C.C. No. | 1022433538 |
| TELEFONO | 3046636895 |
| DIRECCION | CRA 68C#38 50 B SUR |
| E-MAIL | tommyf09@hotmail.com |