| | 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** **10**

**DATOS DE SOLICITUD**

| Dependencia solicitante | Fecha de la Solicitud | | | Tipo de requerimiento | ASISTENCIAL |
|---|---|---|---|---|---|
| | Día | Mes | Año | Sede: | HOSPITAL PEDIATRICO TINTAL |
| DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS | 16 | 12 | 2024 | Servicio específico: | PEDIATRIA |

**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 Dirección de Servicios Hospitalarios (PEDIATRIA) requiere la contratación de un ( MEDICO ESPECIALISTA- PEDIATRA ) para la realización de actividades en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | | | | | |
| ○ Antiguo | **Nombre OPS a contratar** | | | **CEDULA** | | | |
| ○ Remplazo OPS | **Numero de OPS a reemplazar:** | | **Motivo** | | **Otro** ☐ | **Cual:** | **Fecha de retiro:** |
| ● Cambio de vigencia. | **Nombre completo** | CABRA CAICEDO MARIA CLAUDIA | | **Numero de documento** | **53107024** | | |

**DESCRIPCIÓN DEL PERFIL A CONTRATAR**

| Perfil | MEDICO ESPECIALISTA- PEDIATRA | | Formación académica requerida | MEDICO ESPECIALISTA- PEDIATRA |
|---|---|---|---|---|
| **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, cumplimiento en la resolución 1995 de 1999 | | | |
| **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:** | 210 | | |

**DESCRIPCIÓN CONTRACTUAL**

**OBJETO DEL CONTRATO**

Prestar servicios Profesionales especializados a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de Pediatria 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) Realizar los procedimientos, actividades e intervenciones diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidas dentro del plan integral de atención de cada paciente. 2) Ejecución del plan individual de habilitación/rehabilitación, relacionadas con las actividades individuales y/o grupales definidas para el usuario ambulatorio u hospitalizado y de acuerdo a las características del servicio 3) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de los registros clínicos de los pacientes 4) Participación en las actividades de revista, análisis de casos clínicos con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación/rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado 5) Informar al usuario, su familia o cuidador las actividades que debe seguir, al inicio de su proceso de habilitación/rehabilitación y posterior a la ejecución del plan de intervención o su egreso 6) 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 7) Participar en la programación de las actividades de la Subred. 8) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. 9) 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. 10) Impartir instrucciones al personal relacionado con el manejo de los pacientes. 11) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. 12) Realizar las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio. 13) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención. 14) Participación en la actualización e implementación de guías de manejo, protocolos y procedimientos requeridos en el servicio 15) Informar las dificultades surgidas en el desarrollo del proceso de habilitación/ rehabilitación del usuario, así como los insumos, materiales y equipos necesarios para el desarrollo de las actividades. 16) Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del área. 17) Participación en investigación que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios. 18) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado. 19) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred Sur Occidente. 20) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato. 21) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. 22) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. 23) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. 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**

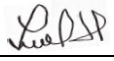
VALOR DE CONFORMIDAD CON LA TABLA DE HONORARIOS VIGENTE. EL ORDENADOR DEL GASTO GARANTIZA QUE ESTE PROCESO CUENTA CON RECURSOS DISPONIBLES PARA SU CONTRATACIÓN

**GARANTÍAS**

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: | SILVA VASCO JERSON | 1. Nombre: | |
| 2. Identificación: | 80219865 | 2. Identificación: | |
| 3. Cargo: | LIDER GERENCIAL | 3. Perfil: | |



**Firma de Director o Jefe de Oficina**




| Nombre de Director o Jefe de Oficina | **LINA MARIA OLIVEROS HERNANDEZ** | 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: |
|---|---|

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

Bogotá D.C., 16 diciembre de 2024

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

**DE**: SILVA VASCO JERSON
LIDER GERENCIAL

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

Atento saludo,

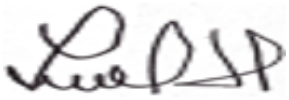
Previa revisión de los documentos que hacen parte de la lista de chequeo documentación por orden de prestación de servicios 04-02-FO-0001 (versión 7), entregados por el colaborador que se relaciona a continuación, mediante la presente se informa que el mismo cumple con los requisitos necesarios del perfil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

| | |
|---|---|
| Nombre del colaborador: | CABRA CAICEDO MARIA CLAUDIA |
| Identificación del colaborador: | 53107024 |
| Perfil del colaborador: | MEDICO ESPECIALISTA- PEDIATRA |
| Área específica de la prestación del servicio: | PEDIATRIA |

Atentamente



**SUPERVISOR CONTRACTUAL**
Nombre: SILVA VASCO JERSON
Cargo LIDER GERENCIAL



**JEFE DE OFICINA Y/O DIRECTOR (A)**
Nombre: LINA MARIA OLIVEROS HERNANDEZ
Cargo DIRECTOR 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: | Estefany Fontecha Lemus | Apoyo técnico administrativo |  | 2/12/2024 |

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 17 de noviembre de 2024, a las 15:02:33, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 53107024 |
| Código de Verificación | 53107024241117150233 |

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) **MARIA CLAUDIA CABRA CAICEDO,** quien se identifica con

CÉDULA DE CIUDADANÍA No. **53107024** de BOGOTA D.C.

(CINCUENTA Y TRES MILLONES CIENTO SIETE MIL VEINTICUATRO)

**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. 258142346

PIB
15:05:38


Bogotá DC, 17 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) MARIA CLAUDIA CABRA CAICEDO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 53107024:

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 03:06:22 PM horas del 17/11/2024, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **53107024**

Apellidos y Nombres: **CABRA CAICEDO MARIA CLAUDIA**

**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, 17/11/2024 03:08:47 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **53107024 .**

## 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. **105205061** . 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., 29 Noviembre 2024

**PARA**: DIANA MILENA MENDIVELSO DIAZ
Ordenador del Gasto Respectivo

**DE**: MARIA CLAUDIA CABRA CAICEDO
Contratista prestación de Servicios

Asunto: **DECLARACION JURAMENTADA CONTRATISTA**

Yo MARIA CLAUDIA CABRA CAICEDO, identificado(a) con la C.C. No. 53107024 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 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 | MÉDICA Y CIRUJANA | 12 DICIEMBRE 2008 | UNIVERSIDAD DEL ROSARIO | NO APLICA |
| FORMAL | ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA | 20 MARZO 2015 | UNIVERSIDAD MILITAR | NO APLICA |
| INFORMAL | SOPORTE VITAL AVANZADO PEDIATRICO | 2 FEBRERO 2024 | EDUMED-EMS | 2 FEBRERO 2024 |
| INFORMAL | ATENCION INTEGRAL EN SALUD A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL | 17 NOVIEMBRE 2024 | FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA | 17 NOVIEMBRE 2026 |
| INFORMAL | ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUIMICOS | 26 SEPTIEMBRE 2023 | FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA | 26 SEPTIEMBRE 2025 |
| INFORMAL | SEDACIÓN GRADO I Y II | 28 SEPTIEMBRE 2023 | SABERSALUD | 28 SEPTIEMBRE 2025 |
| INFORMAL | MEDICINA DE LA DONACIÓN PARA TRASPLANTES | 14 NOVIEMBRE 2023 | LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ | 14 NOVIEMBRE 2025 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| INFORMAL | GESTIÓN OPERATIVA Y MANTENIMIENTO DEL POTENCIAL DONANTE | OCTUBRE 2023 | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E | 2 AÑOS |

**TERCERO:** 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.

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. 53.107.024 Bogotá
TELEFONO: 3124320262
DIRECCION: CR 33 # 25 F - 10 TORRE 7 APTO 1211 BARRIO: Gran América
E-MAIL : maclaudia521@gmail.com