LA DIRECCION DE CONTRATACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
NIT: 900959051-7

SE INFORMA QUE:

El (la) señor(a) JEIMMY LORENA SIERRA CASTRO, identificado(a) con CC. No. 1000336466, presta sus servicios de manera personal y autónoma en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación:

Contrato PS 6980 2023:

Fecha Inicio: 18/12/2023 **Fecha Terminacion: 30/04/2024** **Valor Contrato: $9.278.412**

Objeto Contrato: PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CONVENIO 2808992-2021 "APH"

1 Prestar servicios como auxiliar de enfermería para la Unidad Funcional de Atención Pre-hospitalaria, en el marco de los estándares de calidad, oportunidad y con la norma de habilitación de servicios de salud vigente 2 Estar presente en el momento de las entrega y recibos de turno registrando las novedades correspondientes, en el marco de un ejercicio de articulación para el desarrollo del objeto. 3. Garantizar el adecuado diligenciamiento de la Historia Clínica del Programa de Atención Pre hospitalaria según criterios y normatividad vigente, además de establecer actividades de seguimiento y de mejora a la adherencia del diligenciamiento de la historia clínica. 4. Dar respuesta oportuna al direccionamiento de eventos y atención dado por la dirección Centro regulador de Urgencias y Emergencias (DUES), garantizando la oportunidad y continuidad de la atención durante los procesos de atención, cumpliendo con los procedimientos guías y protocolos de la Centro Oriente para la atención de pacientes en el programa de atención Pre hospitalaria. 5. Cumplir con el procedimiento de entrega y recibo de programación de de actividades, con registro de novedades, además del de necesidades administrativas y asistenciales para garantizar la operatividad de la móvil, verificando ya y salvaguardando cada uno de los equipos biomédicos asignados a las del Programa de Atención Pre hospitalaria . 6. Dar un correcto uso a los elementos tecnológicos (celular institucional, Tablet.) asignados a las ambulancias por la Subred para el desarrollo de las actividades, así como garantizar el uso permanente de dichos dispositivos para mantener una comunicación efectiva y oportuna con la líder de la unidad funcional o con quien ella designe. 7. Verificar el alistamiento de los vehículos de emergencias previo a verificación por el CRUE. 8. Portar de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carné que lo acredita como contratista de la Subred Centro Oriente E.S.E. 9. Cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad. 10. Aplicación de listas de e chequeo para monitorización y seguridad del del paciente en cuanto limpieza y desinfección de los vehículos de emergencia. 11. Informe y registro oportuno de datos críticos. 12. Reporte y registro de sucesos de seguridad. 13. Adoptar los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos , protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades 14. Trato digno y humanizado tanto al cliente interno como externo en el desarrollo del objeto contractual. 15 Cumplir con

disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo con el desarrollo de las actividades. 16. Garantizar la entrega y custodia de los equipos biomédicos al área respectiva cuando los vehículos son direccionados al taller y/o aseguradora, 17. Aplicar las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional. 18 Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución, 19. Controlar el adecuado uso de los elementos de protección personal y bioseguridad. 20 Tramitar mensualmente dentro de los tiempos establecidos por la Subred Centro Oriente los formatos de "formato informe y cuenta de cobro", "certificado de pago de aportes sociales", "formato en Word de cuenta de cobro", para el pago de sus respectivos honorarios 21. Las demás actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato y la ejecución del convenio 2808992-2021 "APH" dentro de la autonomía e independencia para el desarrollo del contrato.

Se expide a solicitud del interesado(a) en Bogotá D.C, el día 03 de Abril de 2024.

Para mayor información favor comunicarse a la línea 3045952563, via correo electronico a certificacionesops@subredcentrooriente.gov.co o dirigirse a la Av. Caracas No. 33 A-11, oficina de Contratación OPS

Cordialmente,

MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN
Directora de Contratación
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

La adulteración y/o uso fraudulento de la información, así como de la presente firma acá plasmada, será responsabilidad exclusiva del contratista, en los términos de que tratan los Artículos 286 y S.S. del Código Penal Colombiano)

Los abajo firmantes, certifican que hicieron revisión de este documento y que la información ha sido suficientemente evaluada, revisada y aprobada.

Responsables: Isabel Jiménez – Técnico administrativo
Nubia Sánchez Valencia – Secretaria
Revisó: Paola Carolina Zabala - Referente OPS

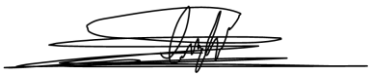
CREATIONS BRIMAR
INNOVATION WITH STYLE
NIT 20905958-8

CERTIFICA

Que la señorita JEIMMY LORENA SIERRA CASTRO identificada con cedula de ciudadanía, numero 1000336466 de Bogotá, Laboró en nuestra empresa como asesora comercial y atención al cliente desde el 2 de diciembre del 2019 hasta el 24 de enero 2023.

La presente certificacion se expide a solicitud del interesado a los 27 dias del mes de enero del año 2023 en la ciudad de bogota .

CORDIALMENTE



_____

Aleyda Pinilla
Gerente General
CREACIONES BRIMAR
NIT: 20905958-8

Calle 42 C Sur #82-09
Villa de La Loma, Kennedy, Bogotá D.C
TEL:3138540775
Email: creationsbrimar@gimail.com

Bogotá, 30 de enero de 2023

A QUIEN CORRESPONDA

Por medio de la presente se hace constar que la señora Jeimmy Lorena Sierra Castro identificada con cédula de ciudadanía No. 1000336466 prestó sus servicios de auxiliar de enfermería para el señor Jorge A. Panqueva T. de manera particular tanto en apoyo domiciliario, como en hospitalización.

Durante sus labores demostró ser una persona puntual, responsable, honesta, eficiente y trabajadora. Agradezco la atención prestada y quedo atento a cualquier inquietud.

Atentamente,

Jorge Arturo Panqueva Tarazona

CC. 19238301

Bogotá 31 de enero de 2023

Señores.

Por medio de la presente certifico que la auxiliar JEIMMY LORENA SIERRA CASTRO identificada con cedula de ciudadanía número 1000336466 de Bogotá, ha realizado turnos domiciliarios y hospitalarios de forma independiente, prestando el servicio a mis familiares, padre, madre y abuela , en la ciudad de Bogotá desde el mes de agosto hasta diciembre.

En el tiempo laborado demostró ser una persona respetuosa, responsable y muy atenta a las labores realizadas.

Cordialmente.

Firma: Roció del Pilar Gonzales

Roció del Pilar Gonzales Hernández

C.C: 1015410021

Teléfono: 311 228 3964

Bogotá 30 de enero el 2023

Cuidado y Salud
Servicio de Enfermería
Domiciliaria & Hospitalaria

CERTIFICADO LABORAL

#147635

Que el señor@ Jeimmy Lorena Sierra Castro Identificado con cédula de ciudadanía. 1.000.336.466 labora en nuestra empresa. Desde el 28 de JUNIO del 2022 hasta el 03 de SEPTIEMBRE del 2022, desempeñando el cargo como AUXILIAR DE ENFERMERIA DOMICILIARIO con un contrato a prestación de servicios

Para constancia de lo anterior se firma en Bogotá el día 30 de enero del 2023

Cordialmente:

Luis Alberto Forero Cañas
cc: 1.031.140.201
Aux. Enfermeria

Cuidado y Salud calle 62 b # 22 i 39 sur
320-596-1454
servicioalcliente@sedcuidadoysalud.com.co

Fundación Gerontológica Refugio de las Canitas
NIT 830097746-3

Certifica

Que el (la) señor (a) JEIMMY LORENA SIERRA CASTRO identificada con cédula de ciudadanía, número 1.000.336.466 de Bogotá, realizó sus prácticas en el área asistencial en el periodo correspondiente de Febrero a Abril de 2022, realizando actividades de: Asistencia general para el adulto mayor, toma y registro de signos vitales, administración de medicamentos, notas de enfermería, arreglo de unidad del paciente, toma de glucometrias, entre otras actividades correspondientes a la atención complementaria del adulto mayor.

La presente certificación se expide a petición del interesado a los 29 días del mes de enero del 2023, en la ciudad de Bogotá, Colombia.

CORDIALMENTE,

Samanta López López
SAMANTA LÓPEZ LÓPEZ
Directoraoperacional
F.G.R.C.

Teléfonos: 263 8118
E-mail: fgcanitas@gmail.com
Dir: Cra 73 bis #55-16, Normandía.

Buenas tardes,

Cordial saludo estimados estudiantes

De manera atenta me permito remitir asignación de escenario para la práctica del tercer semestre; es necesario tener en cuenta las siguientes observaciones:

2 -27 DE MAYO TURNO MAÑANA URGENCIAS							
NOMBRE	**APELLIDO**	**CÈDULA**	**ID**	**CORREO**	**EPS**	**POLIZA**	**ARL**
Cesar Alejandro	Clavijo Flórez	1000518427	100086451	cclavj3@ibero.edu.co	Famisanar	SURA	S. Bolívar
Jeimmy Lorena	Sierra Castro	1000336466	100092753	jsierr18@ibero.edu.co	Salud Total	SURA	S. Bolívar
Sol Valentina	Vargas Poveda	1000626584	100094806	svarga17@ibero.edu.co	Salud Total	SURA	S. Bolívar
Brilly Dayana	Vanegas Carrascal	1001094027	100095274	bvanega4@ibero.edu.co	sanitas	SURA	S. Bolívar
Natalia	Ruiz Tarquino	1012330526	100092642	nruiztar@ibero.edu.co	compensar	SURA	S. Bolívar
Paula Tamara	Valbuena Rodríguez	1000161522	100095606	pvalbue1@ibero.edu.co	capital salud	SURA	S. Bolívar

- **ESCENARIO:** Hospital de Vista Hermosa

DOCUMENTACIÓN: Subir la documentación actualizada en el siguiente **DRIVE**, debe subir en un sólo **PDF marcado con dos apellidos y nombres completos en mayúscula** Hoja de vida del estudiante (Formato estandarizado por la Institución), Certificado de la EPS mes de abril, Certificado de la ARL, Certificado de la EPS, Certificado de la ARL, fotocopia de la cédula de ciudadanía por ambas caras, Fotocopia de Libreta Militar según aplique. Fotocopia de carné vigente de la institución educativa. **Fotocopia el carné de vacunación**

INSTITUTO COLOMBIANO DE GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA
NIT.: 900266533
Dirección: CALLE 49A # 16 – 63

Bogotá 30 de enero de 2023

A quien interese.

Por medio de la presente certifica que la estudiante **JEIMMY LORENA SIERRA CASTRO** identificada con cedula de ciudadanía número **1.000.336.466** de Bogotá, ha realizado sus prácticas de **AUXILIAR DE ENFERMERÍA** de la Corporación Universitaria Iberoamericana en el área de **ASISTENCIA DE ADULTO MAYOR**, desde el mes de **abril de 2022** hasta **mayo de 2022**.

Se otorga la siguiente constancia a los 30 (treinta) días de enero de 2023.

Firma: _____

Tel.:3046391418