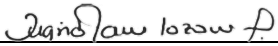
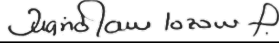


	FORMATO REQUERIMIENTO PERSONAL - CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS				CÓDIGO: AP-TH-F-108		
					VERSIÓN: 7		
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E				PÁGINA: 1 DE 1		
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO				FECHA: 09/02/2026		
FECHA DE SOLICITUD:		27/04/2026		DEPENDENCIA		Dirección Gestión del Riesgo en Salud	
SERVICIO		Dirección Gestión del Riesgo en Salud		UNIDAD DE SERVICIO		UHMES FRAY BARTOLOME DE LAS CASAS	
CONVENIO:		CONVENIO		TIPO		Asistencial	
NOVEDAD:		Reemplazo		PERFIL SEGUN RESOLUCION DE HONORARIOS VIGENTE			
OBJETO CONTRACTUAL:							
Prestar servicios profesionales o de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.							
APLICA POR HORAS:		SI		VALOR HORA:		\$16.200	
NUMERO DE HORAS:						184	
VALOR TOTAL:		\$2.980.800		PLAZO		1 MES	
CDP		De conformidad a la disponibilidad presupuestal expedida por la Dirección Financiera					
PERFIL REQUERIDO:							
ESTUDIOS:		AUXILIAR DE ENFERMERIA O AUXILIAR EN SALUD PUBLICA					
EXPERIENCIA:		NO REQUIERE					
JUSTIFICACIÓN DE LA CONTRATACIÓN							
1. Que la subred integrada de servicios de salud es una empresa social del estado creada como una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa mediante el acuerdo 641 de 2016, que tiene por objeto prestar servicios de salud integrales y de calidad en todos los niveles de complejidad a la población objeto de las localidades de chapinero, Usaquén, Engativá, suba, barrios unidos y demás que demanden los servicios de salud, contribuyendo al mejoramiento de la calidad de vida de la población, quienes, a través de un régimen de contratación de derecho privado, hace que con mayor agilidad pueda dar cumplimiento a la satisfacción de las necesidades de toda una población bajo el postulado de hacer una efectiva y eficiente garantía al derecho a la salud y saneamiento ambiental, poniendo de plano en forma clara la primacía de la vida humana sobre cualquier formalidad normativa. 2. Que de conformidad con el Numeral 6 del Artículo 195 de la Ley 100 de 1993, en materia contractual la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte se someterán al régimen del derecho privado, pero podrán aplicar, discrecionalmente las cláusulas excepcionales previstas en el estatuto General de Contratación de la Administración pública. 3. Se requiere contar con un TECNICO I-AUXILIAR DE ENFERMERIA ya que la Direccion del Gestion del Riesgo no cuenta con el personal para cubrir dicha vacante. Aunado a lo anterior el convenio interadministrativo 8374109-2025, el cual se deriva la presente necesidad del talento Humano , establece en el lineamiento el perfil y los honorarios. Es por ello, que no se adhiere a la Tabla de honorarios dela resolucion 020-2026, sino que, se aplica lo establecido en el paragrafo del articulo cuarto de la Resolución.							
OBLIGACIONES							
1. Dar cumplimiento a la normativa de gestión documental para la entrega y archivo, de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio. 2. Velar por el mantenimiento de la imagen institucional a través de las actuaciones individuales. 3. Resguardar y dar un óptimo uso a los equipos y/o elementos asignados para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio. 4. Se obliga a brindar el apoyo técnico, administrativo y operativo necesario para el fortalecimiento del Sistema de Calidad de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., con el fin de dar cumplimiento a los estándares y requisitos exigidos por el Sistema Único de Acreditación en Salud. 5. Participar en reuniones de asistencia técnica ordinarias o extraordinarias, fortalecimiento de capacidades, inducción o reinducción, programadas por la Secretaría Distrital de Salud, por Dirección de Gestión del Riesgo, supervisora de contrato o Subred. 6. Presentar soportes y auditorías programadas tanto, de la ESE, SDS o por entes de control 7. Desarrollar las acciones previstas en los Equipos Mas Bienestar en Hogar de acuerdo a los requerimientos técnicos propios de cada línea. 8. Estructurar y desarrollar sesiones de información, educación y comunicación, con actores institucionales y comunitarios, caracterizados e identificados en las diferentes intervenciones de Equipos Mas Bienestar en Hogar. 9. Toma de medidas antropométricas. 10. Implementar acciones de promoción, mantenimiento y recuperación para el cuidado de la salud familiar, así como la activación de rutas integrales por medio del procedimiento de canalizaciones en caso de ser necesario. 11. Diligenciamiento adecuado y oportuno de los formatos requeridos para el desarrollo de los productos, registro en el aplicativo G-TAPS, cumpliendo atributos de calidad, teniendo en cuenta los datos referenciados por las familias abordadas en Equipos Mas Bienestar en Hogar. 12. Identificación, caracterización y evaluación del perfil de riesgo individual y colectivo en población de los diferentes cursos de vida, en el marco de la operación del convenio. 13. Aplicación de los tamizajes definidos en los documentos operativos de Equipos Mas Bienestar en Hogar. 14. Promover en la población de los diferentes cursos de vida y sus familias el desarrollo de habilidades para la vida, como una herramienta que fomente prácticas de autocuidado y desarrollo integral, en las temáticas definidas según los documentos operativos de Equipos Mas Bienestar en Hogar. 15. Realizar los acercamientos comunitarios e institucionales que se requieran, para el desarrollo de las acciones de los Equipos Mas Bienestar en Hogar. 16. Hacer entrega de los reportes, informes, bases, tableros de control y/o herramientas ofimáticas, propias definidas por el equipo de gestión de los Equipos Mas Bienestar en Hogar con las características de calidad y pertinencia técnica esperados. 17. Aportar al proceso de archivo, de acuerdo a las tablas de retención documental definidas y la normatividad vigente. 18. Participar activamente en las jornadas o actividades de vacunación programadas por la institución, así como la búsqueda activa de población pendiente por iniciar, continuar y completar esquemas de vacunación. 19. Dar respuesta a los requerimientos y solicitudes asignadas, de manera oportuna, clara y de acuerdo a los estándares de calidad de la Subred. 20. Demas acciones acorde a su perfil que sean requeridos por la Subred. 21. Las actividades a cargo del contratista podrán ejecutarse en cualquiera de los procesos de Equipos Mas Bienestar en Hogar, conforme a los lineamientos del Contrato Equipos Mas Bienestar en Hogar vigente y según las necesidades de los servicios de la Subred. 22. Ejecutar las acciones de gestión documental, para la generación, actualización, registro y clasificación de documentos y archivos de las actividades desarrolladas, de acuerdo a las tablas de retención documental definidas en la normatividad vigente. Garantizar la protección física y digital de los documentos, implementando medidas adecuadas de conservación e integridad. 23. El contratista deberá responder de manera oportuna y eficaz a las solicitudes y requerimientos efectuados por las entidades distritales y/o por la Subred Norte, en caso de contingencias, emergencias o alertas que así lo requieran, con el fin de garantizar la adecuada y continua prestación de los servicios. 24. El contratista adelantará acciones de promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la activación de rutas integrales mediante canalización y notificación cuando sea requerido, en cumplimiento de la Resolución 3280 de 2018 y demás disposiciones vigentes aplicables. 25. Cumplimiento de la Política de Protección y Tratamiento de Datos Personales y de la Política General de Seguridad de la Información – contribuir con la consolidación de los informes, solicitudes, peticiones y/o respuestas, requeridas por las entidades públicas o privadas; dentro de los términos de ley garantizando la veracidad, oportunidad y confidencialidad de los mismos. 26. El CONTRATISTA se obliga a prevenir el abuso y el acoso sexual, prevención del trabajo infantil, del trabajo forzoso, de las conductas discriminatorias, de la violencia y de la discriminación contra las mujeres y denunciar cuando tenga conocimiento de casos de violencias basadas en género y hacer un uso no sesista del lenguaje. 27. El contratista debe conocer los mecanismos de divulgación dispuestos por la subred.							
FIRMA				FIRMA			
							
SUPERVISOR DE CONTRATO INGRID PAOLA LOZANO TORRES DIRECTORA DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD				SUPERVISOR DE CONTRATO INGRID PAOLA LOZANO TORRES DIRECTORA DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD			
FIRMA				FIRMA			
							
SUBGERENTE CORPORATIVO Y/O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD YULETH LÓPEZ RETAMOSO							

	FORMATO REQUERIMIENTO PERSONAL - CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-TH-F-108
		VERSIÓN: 7
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 09/02/2026
CERTIFICADO DE INSUFICIENCIA DE PERSONAL EN PLANTA		
La Dirección Operativa de Gestión del Talento Humano Certifica: Que según el artículo 2.8.4.4.5 del Decreto 1068 de 2015 señala: “Artículo 2.8.4.4.5. Condiciones para contratar la prestación de servicios. Los contratos de prestación de servicios con personas naturales o jurídicas, sólo se podrán celebrar cuando no exista personal de planta con capacidad para realizar las actividades que se contratarán” Dado lo anterior y una vez realizado el estudio respectivo, la Dirección Operativa de Gestión del Talento, certifica que después de analizar la planta de personal se tramita el presente requerimiento por una de las siguientes causales: 1.Que, de acuerdo con el Manual Especifico de Funciones y Competencias Laborales para los empleos de la planta de personal de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E, no existe personal que pueda desarrollar la actividad para la cual se requiere contratar la prestación del servicio. 2.Que, conforme a las razones contenidas en la precedente solicitud del área mencionada y la justificación del asunto, la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E, no cuenta con el personal capacitado para el cumplimiento de la necesidad a que se refiere el objeto enunciado, dado el grado de especialización del servicio. 3.Que el personal de la planta no es suficiente para adelantar las acciones previstas en la justificación sustentada por el área para atender la contratación que se requiere por parte de la misma.		
FIRMA		
		
DIRECTOR OPERATIVO GESTION DEL TALENTO HUMANO NOMBRE JOHANNA PATRICIA RODRIGUEZ GOMEZ		

	SOLICITUD DE MODIFICACIÓN CONTRACTUAL	CÓDIGO: AP-CT-F-81
		VERSIÓN: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN CONTRACTUAL	PÁGINA: 1 DE 2
		FECHA: 16/09/2024

FECHA DE LA SOLICITUD: 27/04/2026

TIPO DE MODIFICACIÓN

Solicitud	Marcar con X según corresponda
Adición de valor	
Prórroga del plazo de ejecución	
Modificación, Aclaración o Corrección	
Suspensión	
Cesión	
Terminación Anticipada	X
Liberación de valor	
Reinicio	

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO OBJETO DE MODIFICACIÓN

Tipo	Número	Fecha de suscripción	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación Inicial	Fecha de Terminación Actual
Contrato de prestación de servicios	9128-2025	30/10/2025	4/11/2025	30/11/2025	30/04/2026

Nombre del Contratista	ANGELA PAOLA RAMIREZ NIVIAYO
Supervisor / Interventor	INGRID PAOLA LOZANO TORRES
Objeto	TECNICO 1-GESTOR MAS BIENESTAR TÉCNICO ETNICO INDÍGENA
Certificado de Compromiso Presupuestal	54175, 63237, 1766, 14640
Valor Inicial del Contrato	\$3.080.160

MODIFICACIONES ANTERIORES

Fecha	N° DE OTROSI	TIPO DE MODIFICACIÓN
24/11/2025	OTROSI_1_PRORROGA_CPS_9128_2025.	PRORROGA
20/12/2025	OTROSI_2_ADICION Y PRORROGA CPS_9128_2025.	ADICION Y PRORROGA
17/01/2026	OTROSI_3_ADICION Y PRORROGA CPS_9128_2025.	ADICION Y PORROGA
23/02/2026	OTROSI_4_ADICION Y PRORROGA CPS_9128_2025	ADICION Y PORROGA

	SOLICITUD DE MODIFICACIÓN CONTRACTUAL	CÓDIGO: AP-CT-F-81
		VERSIÓN: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN CONTRACTUAL	PÁGINA: 2 DE 2
		FECHA: 16/09/2024

ESTADO DE AVANCE Y EJECUCIÓN DEL CONTRATO

Valor total del contrato	\$ 17.917.200
Valor pagado	\$ 12,733,200
Valor Pendiente por pagar	\$ 0
Saldo	\$ 5,184,000
Porcentaje de Avance	71.07 %

Para el presente contrato de prestación de servicios, se tiene que a la fecha la contratista ha cumplido con el objeto contractual y las obligaciones específicas, lo cual se encuentra soportado en los informes mensuales presentados por la contratista, avalados por la suscrita supervisora y que se encuentran cargados en SECOP II.

JUSTIFICACIÓN DE LA MODIFICACIÓN SOLICITADA

SE ANEXA TERMINACIÓN DE CONTRATO HASTA EL 08/03/2026

SUPERVISOR



Nombre: INGRID PAOLA LOZANO TORRES
Cargo: DIRECTORA GESTIÓN DEL RIESGO

APROBADO POR



Nombre: ADRIANA MARIÑO
Cargo: COORDINADORA EMBH

Elaboró:	Vivian Alonso
Revisó:	Adriana Mariño

Secop OK
AB

Bogotá D. C., 09 de marzo de 2026

Señores:
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E
Equipos Mas Bienestar de Hogar
La Ciudad

ASUNTO: Solicitud de terminación de contrato 9128-2025

Respetados Señores

Reciban un cordial saludo. Con la presente solicito la terminación unilateral de mi contrato con la siguiente información:

Nombre: Angela Paola Ramirez Niviayo
Documento: 1019091855
Número de Contrato: 9128-2025
Objeto contractual: GESTORA MAS BIENESTRA TENICA ETNICA MUISACA
Fecha de Ingreso: 04/11/2025
Fecha de Terminación: 08/03/2026
Punto asignado: FERIAS

Lo anterior porque tengo unas situaciones personales de salud de mis hijos por el motivo que no podre darles cumplimiento a todos los linimentos del contrato.
Muchas gracias por su atención y compresión

Atentamente,

ANGELA PAOLA RAMIREZ NIVIAYO
CC: 1019091855
Celular: 3209961864

	PAZ Y SALVO PARA CONTRATISTAS VINCULADOS MEDIANTE LA MODALIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-70
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN CONTRACTUAL	VERSIÓN: 3
		PÁGINA: 1 DE 2 FECHA: 08/11/2024

Fecha: 9/03/2026 **Dependencia:** _____

Que el (la) señor (a) Nombres y Apellidos (del contratista) ANGELA PAOLA RAMIREZ NIVIAYO

Identificado con cedula de ciudadanía: 1019091855 **de** BOGOTA

Correo personal: angelapaolaramireznivaiyo@gmail.com **Celular:** 3209961864

INFORMACIÓN DEL CONTRATO

Contrato de Prestación de Servicios No. 9128 **de** 2025

Objeto Contractual: TECNICO 1-GESTOR MAS BIENESTAR TÉCNICO ETNICO INDÍGENA

Desde: 05/11/2025 **hasta:** 08/03/2026

MOTIVACIÓN DE LA SOLICITUD (MARQUE CON UN X)

Terminación del contrato: _____

Modificación de Contrato: _____ **Otra (cual):** _____

Una vez verificados los registros, el supervisor del contrato realizó la siguiente verificación.

- Entrega de la documentación asignada para la ejecución de actividades, al Archivo de Gestión de la dependencia.
- Entrega de los Backups de la información asignados para el cumplimiento de actividades.
- Entrega de la cuenta Institucional, y claves asignadas en su momento para el desarrollo de las obligaciones contractuales (si aplica).
- Informe de trámites pendientes a la fecha de entrega, respecto de los procesos asignados durante la ejecución.
- Entrega de bienes devolutivos (equipos biomédicos, de cómputo, mobiliario, celulares) y demás recursos físicos, asignados para el desarrollo de las obligaciones contractuales.
- Entrega de Carné de Identificación Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.
- Entrega en ceros (0) del aplicativo de Gestión Documental.
- El Área de cartera deberá garantizar, que el contratista no adeuda a la Subred por concepto de glosas, acuerdos de pago y o descuentos autorizados por el tercero.

Se expide en Bogotá D.C., a los 28 **días del mes de** FEBRERO **del año** 2026

Nombre Responsable Dependencia y/o Supervisor	Firma
	
Nombre del Apoyo responsable de hacer la verificación	Firma
Nombre Responsable Jefe Oficina Sistemas de la Información	Firma
Nombre del Apoyo responsable de hacer la verificación	Firma
Nombre Responsable Área Biomédica	Firma
Nombre del Apoyo responsable de hacer la verificación	Firma

	PAZ Y SALVO PARA CONTRATISTAS VINCULADOS MEDIANTE LA MODALIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-70
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E	PÁGINA: 2 DE 2
	GESTIÓN CONTRACTUAL	FECHA: 08/11/2024

Nombre Líder de Activos Fijos	Firma
Nombre del Apoyo responsable de hacer la verificación	Firma

Nombre Responsable Líder Grupo Funcional de Talento Humano	Firma
Nombre del Apoyo responsable de hacer la verificación	Firma

Nombre Responsable Líder Cartera y cuentas médicas	Firma
Nombre del Apoyo responsable de hacer la verificación	Firma



Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Norte E.S.E.

Subred Integrada de

ENCUESTA DE RETIRO

Se registró la información con
éxito

Aceptar

Pregunta requerida

DOCUMENTO: