Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	FORMATO DE REQUERIMIENTO PRESTACION DE SERVICIOS CONTRATISTA ANTIGUO	Versión:	1	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	13/11/2019	
		Código:	18-01-FO-0013	

130

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE

Quien solicita	Fecha de la Solicitud			Dependencia o sede:
	Dia	Mes	Año	Unidad de Servicios de Salud PIC - Fontibon
CLAUDIA PATRICIA PRIETO REFERENTE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA - COVID	15	12	2020	Dirección a la que pertenece: DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO

Formato documentos mínimos para celebrar contrato : Lista de Chequeo, documentacion por prestacion de servicios

JUSTIFICACIÓN O NECESIDAD DE LA PRESTACION DE SERVICIO REQUERIDO

La Direccion de Gestion del Riesgo en la dependencia Colectiva requiere garantizar el Apoyo en el area de VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA en la Subred Integrada de servicios de salud Sur Occidente ESE En concordancia con las obligaciones y actividades pactadas.

Descripciòn del servicio solicitado

Se requiere garantizar las actividades del AUXILIAR DE ENFERMERIA en los difererentes componentes de salud publica de la Subred Integrada de servicios de salud Sur Occidente ESE

AREA	ADMINISTRATIVO		ASISTENCIAL		PIC	X

PERFIL	AUXILIAR DE ENFERMERIA

PERSONA REQUERIDA: JENNIFER ANDREA RUIZ BARRERA - 1024545928

HABILIDADES:

RIESGOS DE LA CONTRATACIÓN: Inhabilidad e incompatibilidades sobrevinientes.Demora en el inicio de la ejecución del contrato.Errores en la supervisión. No informar oportunamente al supervisor su designación.Riesgo relacionado al conocmiento, experiencia y destreza en el desempeño de sus actividadesRiesgo por no asistencia a las actividades programadas.Riesgo relacionado con las conductas que miran la intencionalidad del individuo y su actitvidad valorativa y ética ante las actividades y los usuarios. Riesgo en la planeación de las actividades por realizar.Riesgo por no cumplimiento de normas y políticas institucionales, entre las que se encuentran misión, visión,planes de acción, objetivos, metas e indicadores.Riesgo de no cumplimiento de los parámetros de calidad establecidos por el supervisor para las actividades asignadas
No entrega de soportes , registros de las actividades de acuerdo con los procedimientos y requerimientos de la entidad

TIEMPO DE EJECUCION	Marque con una X según corresponda las condiciones del contrato		CANTIDAD (meses ,horas, actividades a contratar)	Observaciones
	MES	X		HONORARIOS CONFORME A TABLA APLICABLE PARA LA VIGENCIA 2021
	HORA			
	ACTIVIDAD			

ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

1. Conocer y ejecutar los lineamientos técnicos, anexos operativos e instructivos definidos por la Secretaria Distrital de Salud y la Institución.
2. Semanalmente entregar al referente los productos correspondientes al subsistema asignado frente al cumplimiento de metas y criterios de calidad.
3. Recepcion, verificacion, precritica y entrega de fichas de notificacion de los diferentes subsistemas de VSP.
4. Realizar busqueda activa comunitaria y respectivo soporte.
5. Realizar bloqueos de vacunacion para verificacion y actualizacion del esquema de acunacion.
6. Responder a las disponibilidades y la activacion de urgencias y emergencias en salud publica en forma integral y oportuna segun programación.
7. Articualr y generar la activacion de rutas con otros profesionales del area, del sector y de la subred Sur Occidente que atiendan los eventos y poblacion de interes.
8. Asisitr y participar en las reuniones programadas al interior de la subred y en espacios extrainstituccionales, locales y distritales.
9. Realizar apoyo administrativo del subsistema asignado cuando se requiera.
10. Verificar concordancia fisico magnetico de la base de datos del subsistema asignado cumpliendo con criterios de calidad.
11. Participar en preauditoria y auditoria de soportes fisicos, seguimiento telefonico y concurrente al igual que en la generacion de planes de mejoramiento segun corresponda.
12. Realizar la gestión del archivo documental asignado cumpliendo con la norma de gestión documental establecida por la institución.
13. Entregar al referente backup de información en magnetico de manera mensual.
14. Apoyar las jornadas, eventos y otras actividades de interés en Salud Publica, cuando se ha requerido por el Hospital y participar en los espacios de planeación y formulación programados por la SDS, actores sociales e institucionales o entes externos competentes.

SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ
DIRECTORA DE GESTION DEL RIESGO

DANIEL BLANCO SANTAMARIA
SUBGERENTE DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD

1057

BOGOTÁ | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

COMUNICACIÓN INTERNA

Bogotá D.C., 03/12/2020

PARA: DIRECCION DE CONTRATACION

DE: VIGILANCIA SALUD PÚBLICA

Asunto: Constancia de verificación y cumplimiento de requisitos del perfil a contratar

Atento saludo,

Previa revisión de los documentos entregados por el colaborador que se relaciona a continuación, mediante la presente informo que el mismo cumple con los requisitos necesarios del perfil a contratar.

NOMBRE COLABORADOR: JENNIFER ANDREA RUIZ BARRERA
DOCUMENTO IDENTIDAD COLABORADOR: 1024545928
PERFIL A CONTRATAR: AUXILIAR EN ENFERMERIA
SERVICIO O AREA: VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA

Atentamente

Claudia Patricia Prieto C

CLAUDIA PATRICIA PRIETO CAICEDO
Referente Vigilancia en Salud Pública- Covid

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:	Nathalia Torres	Técnico Sistemas		11-12-2020

Bogotá D.C., 02 Diciembre del 2020

PARA: Dr. OMAR BENIGNO PERILLA BALLESTEROS – Gerente
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. - Contratante

DE: JENNIFER ANDREA RUIZ BARRERA
C.C 1024545928

Asunto: **DECLARACION JURAMENTADA CONTRATISTA**

Yo JENNIFER ANDREA RUIZ BARRERA, identificado(a) con la C.C. No. 1024545928 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.

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	Técnico Aux Enfermería	27-08-2011	Politécnico Nacional	
Formal	Bachiller Académico	29-11-2009	IED SAN BERNANDINO	

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 Jennifer Andrea R

C.C. No. 1024545928
TELEFONO 3214612884
DIRECCION Carrera 89 c No 78 41 SUR
BARRIO Bosa potreritos
E-MAIL andreatrabajos734@gmail.com

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, 02/12/2020 01:33:05 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1024545928** y Nombre: **JENNIFER ANDREA RUIZ BARRERA.**

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. **17849050** . 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

Información 5159000
Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 59 No. 26 - 21
Centro Administrativo Nacional (CAN) Bogotá D.C.
Línea de atención: 018000-910112
www.policia.gov.co