

 SECRETARÍA DE SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.		FORMATO DE REQUERIMIENTO PRESTACIÓN DE SERVICIOS CONTRATISTA ANTIGUO		Versión: 1 Fecha de aprobación: 13/11/2019 Código: 18-01-FO-0013		 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE							
Quien solicita <div style="text-align: center;"> CLAUDIA PATRICIA PRIETO REFERENTE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA - COVID </div>				Fecha de la Solicitud		Dependencia o sede: Unidad de Servicios de Salud PIC - Fontibón	
				Día	Mes		
				15		12	2020
Formato documentos mínimos para celebrar contrato : Lista de Chequeo, documentación por prestación de servicios							
JUSTIFICACIÓN O NECESIDAD DE LA PRESTACION DE SERVICIO REQUERIDO							
La Dirección de Gestión del Riesgo en la dependencia Colectiva requiere garantizar el Apoyo en el área de VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA en la Subred Integrada de servicios de salud Sur Occidente ESE En concordancia con las obligaciones y actividades pactadas.							
Descripción del servicio solicitado							
Se requiere garantizar las actividades del AUXILIAR DE ENFERMERIA en los diferentes componentes de salud publica de la Subred Integrada de servicios de salud Sur Occidente.							
ESE							
AREA	ADMINISTRATIVO	☐	ASISTENCIAL	☐	PIC	☒	
PERFIL	AUXILIAR DE ENFERMERIA						
PERSONA REQUERIDA: MARIA ANGELICA SIERRA MARTINEZ - 52530373							
HABILIDADES:							
RIESGOS DE LA CONTRATACIÓN: Inhabilidad e incompatibilidades sobrevenientes. Demora en el inicio de la ejecución del contrato. Errores en la supervisión. No informar oportunamente al supervisor su designación. Riesgo relacionado al conocimiento, experiencia y destreza en el desempeño de sus actividades. Riesgo por no asistencia a las actividades programadas. Riesgo relacionado con las conductas que miran la intencionalidad del individuo y su actividad 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				
		HORA					
		ACTIVIDAD					
ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA							
1. Conocer y ejecutar los lineamientos técnicos, anexos operativos e instructivos definidos por la Secretaría 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, verificación, precritica y entrega de fichas de notificación de los diferentes subsistemas de VSP. 4. Realizar búsqueda activa comunitaria y respectivo soporte. 5. Realizar bloqueos de vacunación para verificación y actualización del esquema de vacunación. 6. Responder a las disponibilidades y la activación de urgencias y emergencias en salud pública en forma integral y oportuna según programación. 7. Articular y generar la activación de rutas con otros profesionales del área, del sector y de la subred Sur Occidente que atiendan los eventos y población de interés. 8. Asistir y participar en las reuniones programadas al interior de la subred y en espacios extrainstitucionales, locales y distritales. 9. Realizar apoyo administrativo del subsistema asignado cuando se requiera. 10. Verificar concordancia físico magnético de la base de datos del subsistema asignado cumpliendo con criterios de calidad. 11. Participar en preauditoria y auditoria de soportes físicos, seguimiento telefónico y concurrente al igual que en la generación de planes de mejoramiento según 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 magnético de manera mensual. 14. Apoyar las jornadas, eventos y otras actividades de interés en Salud Pública, 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			

COMUNICACIÓN INTERNA

Bogotá D.C., 07 de DICIEMBRE DE 2020

PARA: DIRECCION DE CONTRATACION**DE:** VIGILANCIA SALUD PÚBLICA**Asunto:** Constancia de verificación y cumplimiento de requisitos del perfil a contratar

Atento saludo,

Prevía 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: María Angelica Sierra Martínez
DOCUMENTO IDENTIDAD COLABORADOR: 52530373
PERFIL PARA CONTRATAR: Auxiliar de Enfermería
SERVICIO O AREA: VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA

Atentamente


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., 22 de diciembre de 2020

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

DE: MARIA ANGELICA SIERRA MARTINEZ CC 52.530.373

Asunto: **DECLARACION JURAMENTADA CONTRATISTA**

Yo MARIA ANGELICA SIERRA MARTINEZ, identificado(a) con la C.C. No. 52.530.373 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	TECNICO ENFERMERIA	11-08-2012	F.E.E	
FORMAL	BACHILLER	11-08-2006	Colegio Tecnisistemas	

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 Angelica Sm.
C.C. No. 52.530.373
TELEFONO 3133520118
DIRECCION CALLE 68ª SUR # 86-74 BARRIO LA PAZ
E-MAIL sierramartinez.angelicam@gmail.com

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 martes 01 de diciembre de 2020, a las 18:46:44, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	52530373
Código de Verificación	52530373201201184644

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.



SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Con el Código de Verificación puede constatar la autenticidad del Certificado.
Carrera 69 No. 44-35 Piso 1. Código Postal 111071. PBX 5187000 - Bogotá D.C
Colombia Contraloría General NC, BOGOTÁ, D.C.

Página 1 de 1





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 04:11:00 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **52530373** y Nombre: **MARIA ANGELICA SIERRA MARTINEZ.**

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. **17855421** . 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 Búsqueda

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