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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

Quien solicita (Nombre y cargo perfil del requiriente)	**Fecha de la Solicitud**			**Dependencia o sede:**
	Dia	**Mes**	**Año**	**Laboratorio Clinico - USS KENNEDY**
SANDRA LEONOR VELASQUEZ AREVALO **Profesional Universitario - Bacteriologa** **Lider Laboratorio Clinico**	**11**	**12**	**2020**	**Dirección a la que pertenece:** **DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS**

Formato documentos mínimos para celebrar contrato : Lista de Chequeo Documentación por prestación de servicios

JUSTIFICACIÓN O NECESIDAD DE LA PRESTACION DE SERVICIO REQUERIDO

El Laboratorio Clinico requiere la contratación de un Auxiliar Administrativo para la realización de actividades en la Subred Integrada de servicios de Salud Sur Occidente de Salud E.S.E

DESCRIPCION DEL SERVICIO SOLICITADO

Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area Asistencial 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.

AREA	ADMINISTRATIVO	X	ASISTENCIAL		PIC	

PERFIL:	AUXILIAR ADMINISTRATIVO
PERSONA REQUERIDAS (NOMBRE Y CC):	**DIEGO DANILO SANTANA BOADA C.C. 80.827.851**

HABILIDADES: Auxiliar administrativa un año de experiencia, manejo de herramientas informaticas, trabajo en equipo.

RIESGOS DE LA CONTRATACIÓN: Inhabilidad e incompatibilidades sobrevinientes. Demora en el inicio de la ejecución del contrato. Errores en la supervisión. 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

	Marque con una X según corresponda las condiciones del contrato		CANTIDAD (meses ,horas, actividades a contratar)	**Observaciones:** SEGÚN RESOLUCION DE HONORARIOSAPLICABLE PARA 2021
TIEMPO DE EJECUCION	MES	X		
	HORA			
	ACTIVIDAD			

ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

1) Realizar actividades de salud, con plena autonomía de acuerdo a los procedimientos establecidos por la Subred. 2) Ejecutar lasacciones propias de su objeto contractual según plan de trabajo y cronograma de actividades el cual deberá ser aprobado previamente por el supervisor. 3) Proponer acciones de mejoramiento orientados a fortalecer la calidad de la atención en los diferentes servicios. 4) Elaborar informes mensuales de seguimiento que sean requeridos por su supervisor. 5) Apoyar la respuesta a los requerimientos presentados por usuarios, entes de control y entidades responsables de pago, entre otras. 6) Asesorar y participar en los diferentes comités institucionales. 7) Apoyar a la Dirección y Subgerencia en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra-institucionales. 8) Impartir instrucciones al personal a cargo. 9) Velar por el registro de los procedimientos, actividades e intervenciones y todos aquellos necesarios para el cumplimiento de los procesos decostos y facturación. 10) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. 11) Cumplir con los compromisos definidos en los planes de mejoramiento y auditoria de calidad que sean relacionados con el desarrollo de las actividades propias del contrato. 12) Generar acciones de autocontrol y mejoramiento que garanticen la operación eficiente del área. 13) Participar en el seguimiento de las metas de producción y los indicadores del sistema de calidad. 14) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. 15) Ejercer la supervisión de los contratos que le sean designados. 16) Diseñar estrategias de seguimiento a los servicios y programas que permita medir su impacto frente a las necesidades de la población y su sostenibilidad en la Institución. 17) Promover el uso racional de los recursos asignados al área. 18) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. 19) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus
actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento. 20) Participar en las jornadas de capacitación,inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. 21) Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. 22) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. 23) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado. 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.

Claudia Marcela Sabogal Fajardo Directora Servicios Complementarios	Daniel Blanco Santamaria Vo.Bo. Subgerente de Pretacion de Servicios de Salud

Bogotá D.C., Diciembre de 2020

PARA: DIRECCION DE CONTRATACION

DE: DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

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: DIEGO DANILO SANTANA BOADA
DOCUMENTO IDENTIDAD COLABORADOR: 80.827.851
PERFIL A CONTRATAR: AUXILIAR ADMINISTRATIVO
SERVICIO O AREA: LABORATORIO CLINICO

Atentamente

SANDRA LEONOR VELASQUEZ AREVALO
PROFESIONAL UNIVERSITARIO BACTERIOLOGA
LIDER DE LABORATORIO CLINICO

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:	Sandra Leonor Velásquez Arévalo	Profesional Universitario-Bacterióloga		11-12-2020

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 miércoles 02 de diciembre de 2020, a las 19:03:40, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	80827851
Código de Verificación	808278512012021903 40

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 P.

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

CGR
ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que**

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 07:14:36 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **80827851** y Nombre: **DIEGO DANILO SANTANA BOADA.**

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. **17860944** . 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., Diciembre 2020

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

DE: DIEGO DANILO SANTANA BOADA
80827851
Contratista prestación de Servicios

Asunto: **DECLARACION JURAMENTADA CONTRATISTA**

Yo DIEGO DANILO SANTANA BOADA, identificado(a) con la C.C. No. 80827851 de BOGOTA, 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.

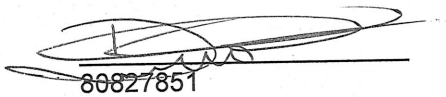
SEGUNDO: La información contenida en los soportes académicos formales e informales presentados de forma magnética son reales:

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	BACHILLER ACADEMICO	31/08/2002	Colegio Triangulo	N/A
FORMAL	TECNICO EN ADMINISTRACION EN SALUD	19/07/2007	Centro de Educacion en Administracion en Salud (CEADS)	N/A

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. 80827851
TELEFONO 3005783994
DIRECCION Calle 35s # 91-20 BARRIO Tintal
E-MAIL diegosantanab@gmail.com

- Tiempo de ejecución mal diligenciado - REQ.