

	FORMATO DE REQUERIMIENTO PRESTACIÓN DE SERVICIOS CONTRATISTA ANTIGUO	Versión:	1	
		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) ANDRES ALBERTO ALMANZAR SALAZAR REFERENTE TECNICO DE MEDICINA INTERNA	Fecha de la Solicitud			Dependencia o sede: UNIDAD KENNEDY
	Día	Mes	Año	Dirección a la que pertenece: Direccion de Servicios Hospitalarios
	15	1	2021	

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

JUSTIFICACIÓN O NECESIDAD DE LA PRESTACION DE SERVICIO REQUERIDO

La dependencia de cirugía requiere la contratación de un Medico Especialista en Medicina Interna para la realización de actividades en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente.

MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

AREA	ADMINISTRATIVO ☐	ASISTENCIAL ☒	PIC ☐
------	---	---	------------------------------

PERFIL: MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

PERSONA REQUERIDAS (NOMBRE Y CC): BEDOYA OBANDO JAVIER HOLGUIN CC: 13016324

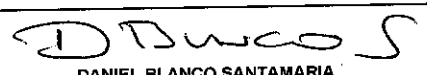
HABILIDADES: Liderazgo - compromiso Institucional -Generador de confianza . Destreza en el desarrollo de sus actividades - Capacidad en :La comunicación, Toma de decisiones y en mantener magnificas relaciones interpersonales.

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

TIEMPO DE EJECUCION	Marque con una X según corresponda las condiciones del contrato	CANTIDAD (meses, horas, actividades a contratar)	Observaciones RESOLUCION DE HONORARIOS APLICABLE PARA LA VIGENCIA 2021.
	MES		
	HORA	X 186	
	ACTIVIDAD		

ACTIVIDADES / OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad, Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes, Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación, Participar en la programación de actividades del área, Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente, Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio, Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente, Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad, Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento, Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación, Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención, Emitir conceptos médicos que se le requieran, Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred, Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlos al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato, Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato, Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado, Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos, Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales, Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred, Participación en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios, Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado, Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente, Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.

 ELENA CASTRO SOLARTE Director de Servicios Hospitalarios	 DANIEL BLANCO SANTAMARIA Vo.Bo. Subgerencia de Servicios de Salud
---	--

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 jueves 19 de noviembre de 2020, a las 05:34:12, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	13016324 /
Código de Verificación	13016324201119053412

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

COMUNICACIÓN INTERNA

Bogotá D.C., 10 de diciembre 2020

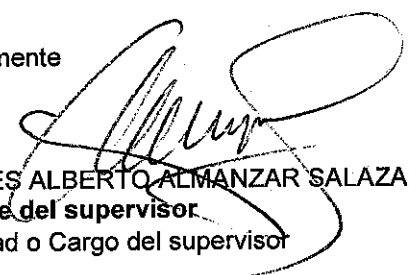
PARA: DIRECCION DE CONTRATACION**DE:** DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS MEDICINA INTERNA UNIDAD KENNEDY**Asunto:** Constancia de verificación y cumplimiento de requisitos del perfil a contratar

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: BEDOYA OBANDO JAVIER HOLGUIN
DOCUMENTO IDENTIDAD COLABORADOR: 13016324
PERFIL A CONTRATAR: MÉDICO ESPECIALISTA- INTERNISTA
SERVICIO O AREA: MEDICINA INTERNA

Atentamente



ANDRES ALBERTO ALMANZAR SALAZAR
Nombre del supervisor
Actividad o Cargo del supervisor

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:				

Calle 9#39-46
Código postal 110851
Tel.: 7560505
www.subredsuoccidente.gov.co
Info: 195



•USS Pablo VI
•USS Fontibón



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**
SALUD
Subred Integrada de Servicios
de Salud Sur Occidente E.S.E.

Bogotá D.C., 25 Noviembre 2020

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

DE: JAVIER HOLGUIN BEDOYA OBANDO CC 13016324
Contratista prestación de Servicios

Asunto: DECLARACION JURAMENTADA CONTRATISTA

Yo JAVIER HOLGUIN BEDOYA OBANDO,
identificado(a) con la C.C. No. 13016324 de IPIALES, 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	MEDICO Y CIRUJANO /	30/10/1998	UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA	N/A
FORMAL	ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	19/02/2003	UNIVERSIDAD DEL ROSARIO	N/A
INFORMAL	ATENCION INTEGRAL EN SALUD A LAS VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL /	21/09/2020	GALENO SALUD	19/09/2022

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.

TELEFONO

DIRECCION

NORTE

E-MAIL


13016324

3128311276

CRA 7 # 65 A 17 APTO 104

BARRIO _____ MODELO

drjavierbedoya@hotmail.com