

EXPERIENCIA ESPECIFICA DEL PROPONENTE

| REQUISITOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Se requiere que el proponente acredite una experiencia específica con máximo cinco (5) certificaciones y/o actas de entrega y/o recibido final o documento equivalente, de contratos suscritos, iniciados y ejecutados a la fecha de cierre del presente proceso, cuyo objeto, obligaciones o actividades principales correspondan al desarrollo de: "tema y/o procesamiento y análisis de datos poblacionales, o control nutricional a niños, niñas, o adolescentes; o control nutricional de talla y peso de niños, niñas, o adolescentes; o valoración de desarrollo y control nutricional de niños, niñas, o adolescentes; cuya sumatoria en valores sea igual o superior al cien por ciento (100%) del presupuesto oficial expresado en Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes." |  |
| Código clasificación UNSPSC:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |
| 85151702 Servicios de sistemas de información de ayuda alimentaria global o alerta anticipada.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
| 85151705 Evaluación del impacto nutricional de la ayuda alimentaria                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |
| 85151604 Evaluación de proyectos de nutrición                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
| 85151606 Programas de control de deficiencias de la nutrición                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
| 85101701 Políticas de salud                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
| 81131504 Encuestas por muestreo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
| 931316 Planación y programas de políticas de alimentación y nutrición                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
| 931415 Desarrollo y Servicios Sociales                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |

ESTADO GENERAL DEL PROPONENTE CUMPLE

| CERTIF. No. | PROYECTO                                                                               | PARTICIPACION DENTRO DE LA TALLA Y PESO 2018 | FOLIO DE UBICACION                                                | ENTIDAD CONTRATANTE                                    | NO. DE CONTRATO | PRESENTA CONTRATO (FOLIO) | FECHA DEL CONTRATO       | CONTRATOS SUSCRITOS, INICIADOS Y EJECUTADOS A LA FECHA DE CIERRE DEL PRESENTE PROCESO | OBJETO IGUAL O SIMILAR                        | REGISTRO EN RUP | VALOR DEL CONTRATO  | VALOR CONTRATO SIMILAR 2017 | CUMPLE / NO CUMPLE | OBSERVACIONES |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------------|---------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------|---------------------|-----------------------------|--------------------|---------------|
| 1           | FUNDACION FORO CIVICO ESCUELA DE DEMOCRACIA DERECHOS HUMANOS Y PARTICIPACION CIUDADANA | 25%                                          | Folio 2 del documento denominado "Experiencia habitante completa" | SECRETARIA DISTRITAL DE PLANEACION                     | 153 DE 2015     | NO                        | 21 de septiembre de 2015 | SI                                                                                    | CUMPLE (folio 141 documento denominado "RUP") |                 | \$ 315.404.000,00   | \$ 357.393.668,58           | CUMPLE             |               |
| 2           | SISTEMAS ESPECIALIZADOS DE INFORMACION S. A.                                           | 75%                                          | Folio 6 del documento denominado "Experiencia habitante completa" | DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO PARA LA PROSPERIDAD SOCIAL | 254 DE 2016     | NO                        | 13 de diciembre de 2016  | SI                                                                                    | CUMPLE (folio 75 documento denominado "RUP")  |                 | \$ 841.198.104,00   | \$ 890.828.446,63           | CUMPLE             |               |
| GENERAL     |                                                                                        |                                              |                                                                   |                                                        |                 |                           |                          |                                                                                       |                                               |                 | \$ 1.246.222.115,21 |                             | CUMPLE             |               |

Nota: Teniendo en cuenta que el proponente es union temporal entre FUNDACION FORO CIVICO ESCUELA SISTEMAS ESPECIALIZADOS DE INFORMACION S. A. Y SISTEMAS ESPECIALIZADOS DE INFORMACION S. A., con una participacion del 25% y 75% respectivamente, cada proponente de acuerdo al presupuesto oficial deben aportar la experiencia del proponente así: a. Del 25 % \$215.000.000 y b. Del 75% \$645.000.000.

Comité evaluador:

YURY GABRIEL JABER TAJANA HOYOS

PAOLA CUELLAR CARRASQUILLA

DIANA CAROLINA ROMANA BELTRAN

CLEODIA VANETH LEON VELAZCO



ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C.  
SECRETARIA DE EDUCACION DISTRICTAL  
CALIFICACION ASPECTOS TECNICOS - UT TALLA Y PESO 2018  
SED-CM-A-DBE-078-2018  
PERFIL GENERAL COORDINADOR

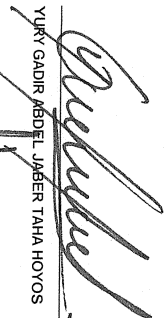
| REQUISITOS | • Profesional en áreas de la salud, o ciencias económicas o administrativas, con posgrado en epidemiología, o estadística o gerencia de proyectos o administración o ciencias económicas. * Con 5 años de experiencia profesional en manejo de información y/o análisis de información y/o formulación y seguimiento a indicadores y/o evaluación de proyectos y/o aplicación de técnicas estadísticas |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| COORDINADOR |                                |                       |                                                                              |                     |                                   |                                                                               |
|-------------|--------------------------------|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| Cargo       | Profesión                      |                       |                                                                              |                     |                                   |                                                                               |
|             | Nombres y Apellidos            | Profesión             | Soporte                                                                      | Tarjeta profesional | Posgrado                          | Soporte                                                                       |
| Coordinador | MARIA VICTORIA BENJUMEA RINCON | NUTRICION Y DIETETICA | Folio 6 del documento denominado "ANEXO9 EXP HABILITANTE EQUIPO PROFESIONAL" | NO CUMPLE           | ESPECIALISTA EN ECONOMIA CAFETERA | Folio 10 del documento denominado "ANEXO9 EXP HABILITANTE EQUIPO PROFESIONAL" |
|             |                                |                       |                                                                              | CUMPLE / NO CUMPLE  | OBSERVACIONES                     |                                                                               |
|             |                                |                       |                                                                              | CUMPLE              | No anexa tarjeta profesional      |                                                                               |

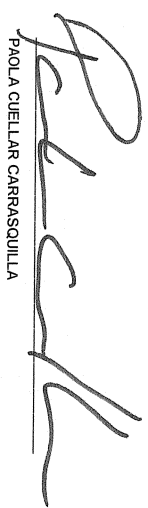
| DOCUMENTOS QUE DEBE ALLEGAR                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                 |         |               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|---------|---------------|
| DOCUMENTOS                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                 | SOPORTE | OBSERVACIONES |
| Fotocopia legible del título profesional o del acta de grado.                                                                                                                                                                                                              | Folio 6 del documento denominado "ANEXO9 EXP HABILITANTE EQUIPO PROFESIONAL"    |         | CUMPLE        |
| Fotocopia legible del diploma de posgrado.                                                                                                                                                                                                                                 | Folio 10 del documento denominado "ANEXO9 EXP HABILITANTE EQUIPO PROFESIONAL"   |         | CUMPLE        |
| Fotocopia legible de la tarjeta profesional.                                                                                                                                                                                                                               | NO ALLEGA                                                                       |         | NO CUMPLE     |
| Los profesionales de la salud, deberán adjuntar copia de la resolución o documento equivalente mediante el cual el Ministerio de Salud y Protección Social o quien haga sus veces acredite que el profesional propuesto se encuentra habilitado para ejercer su profesión. |                                                                                 |         |               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                            | Folio 8 del documento denominado "ANEXO9 EXP HABILITANTE EQUIPO PROFESIONAL"    |         | CUMPLE        |
| Certificado de vigencia de la tarjeta profesional, para los profesionales que la ley establezca este requisito para ejercer su profesión.                                                                                                                                  |                                                                                 |         |               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                            | NO ALLEGA                                                                       |         | NO CUMPLE     |
| Fotocopia legible del documento de identificación: cédula de ciudadanía, cédula de extranjería o pasaporte.                                                                                                                                                                |                                                                                 |         |               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                            | Folios 4-5 del documento denominado "ANEXO9 EXP HABILITANTE EQUIPO PROFESIONAL" |         | CUMPLE        |
| Carta de compromiso                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                 |         |               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                            | Folio 3 del documento denominado "ANEXO9 EXP HABILITANTE EQUIPO PROFESIONAL"    |         | CUMPLE        |
| TOTAL                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                 |         | NO CUMPLE     |

| EXPERIENCIA PROFESIONAL COORDINADOR |                  |                         |               |           |                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-------------------------------------|------------------|-------------------------|---------------|-----------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ENTIDAD                             | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO         | TIEMPO (dias) | OBJETO    | SOPORTE                                                                      | OBSERVACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| UNIVERSIDAD DE CALDAS               | 03/02/2006       |                         | -38751        | NO CUMPLE | Folios 12-13 del documento denominado "ANEXOS EXP HABILITANTECOUPROFESIONAL" | Se evalua la experiencia del cargo de Directora del Centro de Investigaciones de la Facultad de Ciencias para la salud, especificamente el literal C), al que fue designada mediante resolucion 044 del 3 de febrero de 2006, no obstante no se puede computar la fecha final ya que no se evidencia fecha final del citado cargo, es preciso señalar que en la certificación anexada para se evidencia los siguientes cargos:<br>1. Directora del Centro de investigaciones de la facultad de ciencias para la salud<br>2. Directora de la Oficina de Investigaciones y Postgrados de la Facultad de Ciencias para la Salud.<br>3. Directora del Instituto de Investigaciones de Ciencias para la Salud<br>4. Coordinación de Investigaciones |
| SUBTOTAL                            |                  | TOTAL AÑOS CERTIFICADOS | -38751        |           |                                                                              | GENERAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                     |                  |                         | -106,17       |           |                                                                              | NO CUMPLE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

Comité evaluador:

  
YURI GADIR ABDEL JABER TAHIA HOYOS

  
DIANA CAROLINA MEDINA BELTRAN

  
PAOLA CUELLAR CARRASQUILLA

  
CLAUDIA VANETH LEÓN VELAZCO



ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARIA DE EDUCACION DEL DISTRITO  
CALIFICACION ASPECTOS TECNICOS - UPT TALLA Y PESO 2018  
PERFIL GENERAL EQUIPO DE TRABAJO  
PERFIL GENERAL EQUIPO DE TRABAJO

REQUISITOS

Profesionales en áreas de la salud humana, con experiencia profesional mínima de 18 meses

| # | Profesion                                     |                          |                                                                               |                    | Experiencia profesional General |                  |                 |               |                                                                               |               |                    |
|---|-----------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------|------------------|-----------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------------|
|   | Nombres y Apellidos                           | Profesion                | Soporte                                                                       | CUMPLE / NO CUMPLE | ENTIDAD                         | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO | TIEMPO (días) | SOPORTE                                                                       | OBSERVACIONES | CUMPLE / NO CUMPLE |
| 1 | Profesional<br>Áreas de la<br>Salud<br>Humana | OMARA VALENCIA ESTUPIMAN | Folio 19 del documento denominado "ANEXOS EXP HABILITANTE EQUIPO PROFESIONAL" | CUMPLE             | SERVICIOS Y ASESORIA S.A        | 01/03/2008       | 03/09/2013      | 1981          | Folio 24 del documento denominado "ANEXOS EXP HABILITANTE EQUIPO PROFESIONAL" |               | CUMPLE             |
|   |                                               |                          |                                                                               |                    | SUBTOTAL                        | 39508            |                 | 1981          |                                                                               | 66.03         | CUMPLE             |

| # | Cargo                                         | Profesion                   |                           |                                                                                           | EXPERIENCIA PROFESIONAL GENERAL |                                      |                  |                 |               |                                                                                         |               |                    |                 |      |
|---|-----------------------------------------------|-----------------------------|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|------------------|-----------------|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------------|-----------------|------|
|   |                                               | Nombres y Apellidos         | Profesion                 | Soporte                                                                                   | CUMPLE / NO CUMPLE              | ENTIDAD                              | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO | TIEMPO (dias) | SOPORTE                                                                                 | OBSERVACIONES | CUMPLE / NO CUMPLE |                 |      |
| 2 | Profesional<br>Áreas de la<br>Salud<br>Humana | RENZO IVAN ROBANO HERNANDEZ | NUTRICIONISTA<br>DIETISTA | Folio 28 del documento<br>denominado "ANEXOS<br>EXP<br>HABILITANTE EQUIPO<br>PROFESIONAL" | CUMPLE                          | S & A SERVICIOS Y<br>ASESORIAS S.A.S | 11/11/2010       | 29/10/2011      | 382           | Folio 33 del documento<br>denominado "ANEXOS EXP<br>HABILITANTE EQUIPO PROF<br>ESIONAL" |               | CUMPLE             |                 |      |
|   |                                               |                             |                           |                                                                                           |                                 | S & A SERVICIOS Y<br>ASESORIAS S.A.S | 01/11/2011       | 27/06/2013      | 604           |                                                                                         |               |                    |                 |      |
|   |                                               |                             |                           |                                                                                           |                                 | S & A SERVICIOS Y<br>ASESORIAS S.A.S | 12/07/2013       | 30/06/2013      | 49            |                                                                                         |               |                    |                 |      |
|   |                                               |                             |                           |                                                                                           |                                 | SUBTOTAL                             | 40462            |                 | 1035          |                                                                                         |               |                    | Tiempo en meses | 34.5 |
|   |                                               |                             |                           |                                                                                           |                                 |                                      |                  |                 |               |                                                                                         |               |                    |                 |      |

| # | Cargo                                         | Profesion            |                            |                                                                                           |                    | Experiencia profesional General                                              |                  |                 |               |                                                                                             | OBSERVACIONES                                                                                                                                                                                          | CUMPLE / NO CUMPLE |
|---|-----------------------------------------------|----------------------|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------|-----------------|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
|   |                                               | Nombres y Apellidos  | Profesion                  | Soporte                                                                                   | CUMPLE / NO CUMPLE | ENTIDAD                                                                      | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO | TIEMPO (dias) | SOPORTE                                                                                     |                                                                                                                                                                                                        |                    |
| 3 | Profesional<br>Áreas de la<br>Salud<br>Humana | CATALINA PULECO VACA | NUTRICIONISTA<br>DIEETISTA | Folio 37 del documento<br>denominado "ANEXOS<br>EXP<br>HABILITANTE EQUIPO<br>PROFESIONAL" | CUMPLE             | ESCUELA SANTIAGO<br>SAMPER BRUSH DE LA<br>BENEFICENCIA DE LA<br>CUNDINAMARCA | 22/09/2011       | 30/11/2012      | 435           | Folio 40 del documento<br>denominados "ANEXOS EXP<br>HABILITANTE EQUIPO PROF<br>ESIONAL"    | Se cuente el plazo desde el 22<br>de septiembre del 2011 al<br>11 de noviembre del 2012, si<br>certificado del RETIROS que<br>expresa desde la fecha en la<br>cual puede ejercer como<br>nutricionista | CUMPLE             |
|   |                                               |                      |                            |                                                                                           |                    | E.S.E SAN CRISTOBAL                                                          | 04/06/2013       | 31/07/2013      | 57            | Folio 41-42 del documento<br>denominados "ANEXOS EXP<br>HABILITANTE EQUIPO PROF<br>ESIONAL" | CUMPLE                                                                                                                                                                                                 |                    |
|   |                                               |                      |                            |                                                                                           |                    | E.S.E SAN CRISTOBAL                                                          | 01/09/2013       | 30/11/2013      | 90            |                                                                                             |                                                                                                                                                                                                        |                    |
|   |                                               |                      |                            |                                                                                           |                    | E.S.E SAN CRISTOBAL                                                          | 01/12/2013       | 31/01/2014      | 61            |                                                                                             |                                                                                                                                                                                                        |                    |
|   |                                               |                      |                            |                                                                                           |                    | SUBTOTAL                                                                     | 165364           |                 | 643           | Tiempo en meses                                                                             | 21.433                                                                                                                                                                                                 | CUMPLE             |

| # | Cargo                                         | Profesión                         |                            |                                                                                           |                    | Experiencia profesional General     |                  |                 |               |                                                                                         |                                                                                            |                    |        |
|---|-----------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------------------------|------------------|-----------------|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------|
|   |                                               | Nombres y Apellidos               | Profesión                  | Soporte                                                                                   | CUMPLE / NO CUMPLE | ENTIDAD                             | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO | TIEMPO (días) | SOPORTE                                                                                 | OBSERVACIONES                                                                              | CUMPLE / NO CUMPLE |        |
| 4 | Profesional<br>Áreas de la<br>Salud<br>Humana | SILVIA ESMERALDA CASTAÑO CEBALLOS | NUTRICIONISTA<br>DIEETISTA | Folio 46 del documento<br>denominado "ANEXOS<br>EXP<br>HABILITANTE EQUIPO<br>PROFESIONAL" | CUMPLE             | UNIVERSIDAD NACIONAL<br>DE COLOMBIA |                  | 08/05/2006      | 30/06/2006    | 53                                                                                      |                                                                                            |                    |        |
|   |                                               |                                   |                            |                                                                                           |                    |                                     |                  | 01/07/2006      | 21/07/2006    | 20                                                                                      |                                                                                            |                    |        |
|   |                                               |                                   |                            |                                                                                           |                    |                                     |                  | 22/07/2006      | 04/08/2006    | 13                                                                                      |                                                                                            |                    |        |
|   |                                               |                                   |                            |                                                                                           |                    |                                     |                  | 15/09/2006      | 31/03/2007    | 197                                                                                     | Folio 52-57 del documento<br>denominado "ANEXOS EXP<br>HABILITANTE EQUIPO PROF<br>ESIONAL" |                    | CUMPLE |
|   |                                               |                                   |                            |                                                                                           |                    |                                     |                  | 02/06/2007      | 14/07/2007    | 42                                                                                      |                                                                                            |                    |        |
|   |                                               |                                   |                            |                                                                                           |                    |                                     |                  | 15/08/2007      | 15/11/2007    | 92                                                                                      |                                                                                            |                    |        |
|   |                                               |                                   |                            |                                                                                           |                    |                                     |                  | 16/11/2007      | 23/11/2007    | 7                                                                                       |                                                                                            |                    |        |
|   |                                               |                                   |                            |                                                                                           |                    |                                     |                  | 26/11/2007      | 31/12/2007    | 35                                                                                      |                                                                                            |                    |        |
|   |                                               |                                   |                            |                                                                                           |                    |                                     |                  |                 |               |                                                                                         |                                                                                            |                    |        |
|   |                                               |                                   |                            |                                                                                           |                    | INTROSAUD                           | 27/04/2008       | 19/08/2008      | 114           | Folio 58 del documento<br>denominado "ANEXOS EXP<br>HABILITANTE EQUIPO PROF<br>ESIONAL" |                                                                                            | CUMPLE             |        |
|   |                                               |                                   |                            |                                                                                           |                    | SUBTOTAL                            | 1203209          | 30/05/2008      | 79            | Tiempo en meses                                                                         | 21.733                                                                                     | CUMPLE             |        |
|   |                                               |                                   |                            |                                                                                           |                    | 39246                               |                  |                 | 652           |                                                                                         |                                                                                            |                    |        |



ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARIA DE EDUCACION DEL DISTRITO  
CALIFICACION ASPECTOS TECNICOS - UT TALLA Y PESO 2018  
PERFIL GENERAL EQUIPO DE TRABAJO  
PERFIL GENERAL EQUIPO DE TRABAJO

REQUISITOS

Profesionales en areas de la salud humana, con experiencia profesional minima de 18 meses

| PROFESIONAL 1                                                                                                                            |                                                                               |               |                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------------|
| OTROS REQUISITOS                                                                                                                         | SOPORTE                                                                       | OBSERVACIONES | CUMPLE / NO CUMPLE |
| Fotocopia legible del titulo profesional o del acta de grado                                                                             | Folio 19 del documento denominado "ANEXOS EXP HABILITANTE EQUIPO PROFESIONAL" |               | CUMPLE             |
| Fotocopia legible de la tarjeta profesional                                                                                              | Folio 20 del documento denominado "ANEXOS EXP HABILITANTE EQUIPO PROFESIONAL" |               | CUMPLE             |
| Certificado de vigencia de la tarjeta profesional, para los profesionales que la ley establezca este requisito para ejercer su profesion | Folio 22 del documento denominado "ANEXOS EXP HABILITANTE EQUIPO PROFESIONAL" |               | CUMPLE             |

| PROFESIONAL 2                                                                                                                            |                                                                               |               |                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------------|
| OTROS REQUISITOS                                                                                                                         | SOPORTE                                                                       | OBSERVACIONES | CUMPLE / NO CUMPLE |
| Fotocopia legible del titulo profesional o del acta de grado                                                                             | Folio 28 del documento denominado "ANEXOS EXP HABILITANTE EQUIPO PROFESIONAL" |               | CUMPLE             |
| Fotocopia legible de la tarjeta profesional                                                                                              | Folio 31 del documento denominado "ANEXOS EXP HABILITANTE EQUIPO PROFESIONAL" |               | CUMPLE             |
| Certificado de vigencia de la tarjeta profesional, para los profesionales que la ley establezca este requisito para ejercer su profesion | NO ALEGA                                                                      |               | NO CUMPLE          |



ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEL DISTRITO  
CALIFICACIÓN ASPECTOS TÉCNICOS - UT TALLA Y PESO 2018  
PERFIL GENERAL EQUIPO DE TRABAJO  
PERFIL GENERAL EQUIPO DE TRABAJO

| REQUISITOS                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                               | Profesionales en áreas de la salud humana , con experiencia profesional mínima de 18 meses |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Fotocopia legible del documento de identificación: cédula de ciudadanía, cédula de extranjería o pasaporte.                                                                                                                                                                | Folio 18 del documento denominado "ANEXOS EXP HABILITANTE EQUIPO PROFESIONAL" | CUMPLE                                                                                     |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                               |                                                                                            |  |
| Los profesionales de la salud, deberán adjuntar copia de la resolución o documento equivalente mediante el cual el Ministerio de Salud y Protección Social o quien haga sus veces acredite que el profesional propuesto se encuentra habilitado para ejercer su profesión. | Folio 21 del documento denominado "ANEXOS EXP HABILITANTE EQUIPO PROFESIONAL" | CUMPLE                                                                                     |  |
| Carta de compromiso                                                                                                                                                                                                                                                        | Folio 17 del documento denominado "ANEXOS EXP HABILITANTE EQUIPO PROFESIONAL" | CUMPLE                                                                                     |  |
| TOTAL                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                               | CUMPLE                                                                                     |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                               |           |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----------|--|
| Fotocopia legible del documento de identificación: cédula de ciudadanía, cédula de extranjería o pasaporte.                                                                                                                                                                | Folio 31 del documento denominado "ANEXOS EXP HABILITANTE EQUIPO PROFESIONAL" | CUMPLE    |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                               |           |  |
| Los profesionales de la salud, deberán adjuntar copia de la resolución o documento equivalente mediante el cual el Ministerio de Salud y Protección Social o quien haga sus veces acredite que el profesional propuesto se encuentra habilitado para ejercer su profesión. | Folio 32 del documento denominado "ANEXOS EXP HABILITANTE EQUIPO PROFESIONAL" | CUMPLE    |  |
| Carta de compromiso                                                                                                                                                                                                                                                        | Folio 26 del documento denominado "ANEXOS EXP HABILITANTE EQUIPO PROFESIONAL" | CUMPLE    |  |
| TOTAL                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                               | NO CUMPLE |  |



ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARIA DE EDUCACION DEL DISTRITO  
CALIFICACION ASPECTOS TECNICOS - UTT TALLA Y PESO 2018  
PERFIL GENERAL EQUIPO DE TRABAJO  
PERFIL GENERAL EQUIPO DE TRABAJO

REQUISITOS

Profesionales en áreas de la salud humana, con experiencia profesional mínima de 18 meses

| PROFESIONAL 3                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                               |               |                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------------|
| OTROS REQUISITOS                                                                                                                                                                                                                                                           | SOPORTE                                                                       | OBSERVACIONES | CUMPLE / NO CUMPLE |
| Fotocopia legible del título profesional o del acta de grado                                                                                                                                                                                                               | Folio 37 del documento denominado "ANEXOS EXP HABILITANTE EQUIPO PROFESIONAL" |               | CUMPLE             |
| Fotocopia legible de la tarjeta profesional                                                                                                                                                                                                                                | Folio 38 del documento denominado "ANEXOS EXP HABILITANTE EQUIPO PROFESIONAL" |               | CUMPLE             |
| Certificado de vigencia de la tarjeta profesional para los profesionales que la ley establezca este requisito para ejercer su profesión.                                                                                                                                   | NO ALLEGA                                                                     |               | NO CUMPLE          |
| Fotocopia legible del documento de identificación: cédula de ciudadanía, cédula de extranjería o pasaporte.                                                                                                                                                                | Folio 36 del documento denominado "ANEXOS EXP HABILITANTE EQUIPO PROFESIONAL" |               | CUMPLE             |
| Los profesionales de la salud, deberán adjuntar copia de la resolución o documento equivalente mediante el cual el Ministerio de Salud y Protección Social o quien haga sus veces acredite que el profesional propuesto se encuentra habilitado para ejercer su profesión. | Folio 39 del documento denominado "ANEXOS EXP HABILITANTE EQUIPO PROFESIONAL" |               | CUMPLE             |
| Carta de compromiso                                                                                                                                                                                                                                                        | Folio 35 del documento denominado "ANEXOS EXP HABILITANTE EQUIPO PROFESIONAL" |               | CUMPLE             |
| TOTAL                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                               |               | NO CUMPLE          |

| PROFESIONAL 4                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                               |               |                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------------|
| OTROS REQUISITOS                                                                                                                                                                                                                                                           | SOPORTE                                                                       | OBSERVACIONES | CUMPLE / NO CUMPLE |
| Fotocopia legible del título profesional o del acta de grado                                                                                                                                                                                                               | Folio 46 del documento denominado "ANEXOS EXP HABILITANTE EQUIPO PROFESIONAL" |               | CUMPLE             |
| Fotocopia legible de la tarjeta profesional                                                                                                                                                                                                                                | Folio 48 del documento denominado "ANEXOS EXP HABILITANTE EQUIPO PROFESIONAL" |               | CUMPLE             |
| Certificado de vigencia de la tarjeta profesional para los profesionales que la ley establezca este requisito para ejercer su profesión.                                                                                                                                   | NO ALLEGA                                                                     |               | NO CUMPLE          |
| Fotocopia legible del documento de identificación: cédula de ciudadanía, cédula de extranjería o pasaporte.                                                                                                                                                                | Folio 45 del documento denominado "ANEXOS EXP HABILITANTE EQUIPO PROFESIONAL" |               | CUMPLE             |
| Los profesionales de la salud, deberán adjuntar copia de la resolución o documento equivalente mediante el cual el Ministerio de Salud y Protección Social o quien haga sus veces acredite que el profesional propuesto se encuentra habilitado para ejercer su profesión. | Folio 49 del documento denominado "ANEXOS EXP HABILITANTE EQUIPO PROFESIONAL" |               | CUMPLE             |
| Carta de compromiso                                                                                                                                                                                                                                                        | Folio 44 del documento denominado "ANEXOS EXP HABILITANTE EQUIPO PROFESIONAL" |               | CUMPLE             |
| TOTAL                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                               |               | NO CUMPLE          |

Comité evaluador:

VIRGILIO ABRIL JABER TAYM NOTOS

DIANA CAROLINA VELAZQUEZ BELTRAN

PAOLA CUELLAR GARRASQUILLA

CLAUDIA YARETH LEON VELAZCO