

|                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <p><b>ALCALDÍA MAYOR<br/>DE BOGOTÁ D.C.</b><br/>SECRETARÍA DE SALUD</p> | <p><b>SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN</b><br/>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN<br/>CONTROL DOCUMENTAL</p> <p><b>VERIFICACIÓN DE IDONEIDAD Y EXPERIENCIA</b></p> <p><b>SELECCIÓN DE CONTRATISTAS PROCESO DE CONTRATACIÓN DIRECTA:</b><br/>PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN</p> <p>Código: SDS-CON-FT-057 V.4</p> | <p>Elaborado por:<br/>Edgar Andrés Bustos</p> <p>Revisado y Aprobado por:<br/>Yonis Ernesto Peña Bernal</p>  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## VERIFICACIÓN DE REQUISITOS DE IDONEIDAD, EXPERIENCIA Y CAPACIDAD DEL SELECCIONADO

De acuerdo con el artículo 2.2.1.2.1.4.9 del Decreto 1082 de 2015, la Secretaría Distrital de Salud- Fondo Financiero Distrital de Salud podrá contratar directamente con la persona natural y/o jurídica que esté en capacidad de ejecutar el objeto del contrato siempre y que haya demostrado la idoneidad o experiencia directamente relacionada con el área de que se trate. En este caso, no es necesario que la entidad estatal haya obtenido previamente varias ofertas, de lo cual el ordenador del gasto debe dejar constancia escrita, por lo anterior, a continuación se presenta el análisis de idoneidad y experiencia en la selección del contratista dentro del proceso de contratación directa.

### 1. IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA

| NOMBRE                        | IDENTIFICACIÓN |
|-------------------------------|----------------|
| ANGEL MAURICIO OLIVEROS REYES | 1013600982     |

### 2. FORMACIÓN DEL CONTRATISTA

#### 2.1. PERSONA NATURAL (*Diligenciar únicamente si aplica*)

| 2.1.1. FORMACION DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| a) FORMACIÓN DEL CONTRATISTA SOLICITADA POR LA ENTIDAD                                                                                                                                                                                                                    |
| TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA, TÉCNICO O TECNÓLOGO DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA CON UN MÍNIMO DE UN (1) AÑO DE EXPERIENCIA EN SERVICIOS DE URGENCIAS DE HOSPITALES NIVELES II O III, O ATENCIÓN PREHOSPITALARIA, O SEIS (6) MESES EN ATENCIÓN EN LÍNEAS DE EMERGENCIA. |



SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN  
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN  
CONTROL DOCUMENTAL  
VERIFICACIÓN DE IDONEIDAD Y EXPERIENCIA  
SELECCIÓN DE CONTRATISTAS PROCESO DE CONTRATACIÓN DIRECTA:  
PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN  
Código: SDS-CON-FT-057 V.4

Elaborado por:  
Edgar Andrés Bustos

Revisado y Aprobado por:  
Yonis Ernesto Peña Bernal



### b) FORMACIÓN DEL CONTRATISTA ACREDITADA

El contratista acredita su formación como Técnico Laboral en Auxiliar de Enfermería

### 2.2. PERSONA JURÍDICA (Diligenciar únicamente si aplica)

| OBJETO SOCIAL          | SOLICITADO |  | ACREDITADO |  |
|------------------------|------------|--|------------|--|
|                        | N/A        |  | N/A        |  |
| EXPERIENCIA SOLICITADA | N/A        |  | N/A        |  |

### 3. EXPERIENCIA DEL CONTRATISTA (Aplica para Persona Natural y Jurídica)

| 3.1. EXPERIENCIA ACREDITADA |                                       |            |            |      |       |      |
|-----------------------------|---------------------------------------|------------|------------|------|-------|------|
| N.                          | ENTIDAD PÚBLICA O PRIVADA CONTRATANTE | FECHA      |            | AÑOS | MESES | DÍAS |
|                             |                                       | INICIAL    | FINAL      |      |       |      |
| 1                           | Fondo Financiero Distrital de Salud   | 07/07/2017 | 27/07/2018 | 1    |       | 21*  |
| TOTAL                       |                                       |            |            | 1    |       | 21   |

\* Se certifica que el contrato se ejecutó en su totalidad

|                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <p>ALCALDÍA MAYOR<br/>DE BOGOTÁ D.C.<br/>SECRETARÍA DE SALUD</p> | <p>SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN<br/>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN<br/>CONTROL DOCUMENTAL<br/>VERIFICACIÓN DE IDONEIDAD Y EXPERIENCIA<br/>SELECCIÓN DE CONTRATISTAS PROCESO DE CONTRATACIÓN DIRECTA:<br/>PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN<br/>Código: SDS-CON-FT-057 V.4</p> | <p>Elaborado por:<br/>Edgar Andrés Bustos</p> <p>Revisado y Aprobado por:<br/>Yonís Ernesto Peña Bernal</p>  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

#### 4. RECOMENDACIÓN PARA CONTRATAR

El suscrito certifica que: (i) la Hoja de Vida y sus correspondientes soportes presentados por **ANGEL MAURICIO OLIVEROS REYES** fueron debidamente examinados para verificar el cumplimiento de los requisitos establecidos en el artículo 2.2.1.2.1.4.9., del Decreto 1082 de 2015; (ii) Los documentos que acreditan idoneidad, formación académica, experiencia y capacidad para ejecutar el objeto del contrato, aportados por **ANGEL MAURICIO OLIVEROS REYES** fueron verificados y cumplen con los requisitos exigidos por la normativa vigente, en consecuencia realizamos la siguiente recomendación al ordenador del gasto para contratar:

Analizados los aspectos establecidos en los estudios previos, se deja constancia que los documentos que aporta **ANGEL MAURICIO OLIVEROS REYES**, cuentan con los elementos de experiencia que lo hacen idóneo para ejecutar el contrato a celebrar.

  
ANDRÉS JOSÉ ÁLVAREZ VILLEGAS  
DIRECTOR URGENCIAS Y EMERGENCIAS  
EN SALUD

  
MANUEL ALFREDO GONZÁLEZ MAYORGA  
SUBSECRETARIO DE SERVICIOS DE  
SALUD Y ASEGURAMIENTO

Elaboró: Caortiz 

