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 Secretaria 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
DIANA CAROLINA LARRAÑAGA CALVACHE	59.314.246

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
Título de formación Universitaria en Ciencias de la Salud o Administrativa Posgrado ciencias de la salud o administrativas
b) FORMACIÓN DEL CONTRATISTA ACREDITADA
Enfermera Especialización en Salud Familiar y Comunitaria

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

3.1. EXPERIENCIA ACREDITADA

N.	ENTIDAD PÚBLICA O PRIVADA CONTRATANTE	FECHA		AÑOS	MESES	DIAS
		INICIAL	FINAL			
1	Fondo Financiero Distrital de Salud *	25/03/2020	10/08/2020		4	15
2	Fondo Financiero Distrital de Salud **	02/04/2019	01/03/2020		11	
3	Fondo Financiero Distrital de Salud ***	26/10/2018	25/03/2019		5	
4	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente	01/02/2018	14/08/2018		6	14
5	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente	01/12/2017	31/01/2018		2	
6	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente	01/07/2017	31/08/2017		2	
	* La Dirección certifica que a la fecha que se indica (10/08/2020), se ejecutó el contrato **La Dirección certifica que a la fecha que se indica (01/03/2020), se ejecutó el contrato ** La Dirección certifica que a la fecha que se indica (25/03/2019), se ejecutó el contrato	**TOTAL**		**2**	**6**	**29**

4. RECOMENDACIÓN PARA CONTRATAR

El suscrito certifica que: (i) la Hoja de Vida y sus correspondientes soportes presentados por **DIANA CAROLINA LARRAÑAGA CALVACHE** 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 **DIANA CAROLINA LARRAÑAGA CALVACHE** 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 **DIANA CAROLINA LARRAÑAGA CALVACHE** cuentan con los elementos de experiencia que lo hacen idóneo para ejecutar el contrato a celebrar.

SUBSECRETARIO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN SECTORIAL
Nombre: JUAN CARLOS BOLIVAR LOPEZ

DIRECTORA DE ANÁLISIS DE ENTIDADES PUBLICAS DISTRITALES DEL SECTOR SALUD
Nombre: YIYOLA YAMILE PEÑA RIOS

Elaboró: J Hernandez