SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTION DE CONTRATACION
FORMATO VERIFICACIÓN PERFIL Y CERTIFICADO DE IDONEIDAD DE LOS CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-060
VERSIÓN: 2
FECHA: 2025-03-11

El suscrito profesional de selección certifica que se adelantó la verificación de la hoja de vida y los soportes respectivos, para determinar el cumplimiento de los requisitos de idoneidad o experiencia establecidos la necesidad enviada por el área y la Tabla de Honorarios vigente así:

Objeto:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

1. IDENTIFICACIÓN

Nombre:	**JEISON DUAN FONSECA MARTINEZ**	**C.C. 1012420949**	**Fecha: 05/05/2025**
Dependencia o area que requiere la necesidad:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS /HOSPITAL SANTA CLARA/ATENCIÓN DOMICILIARIA		

TIPO DE SERVICIO			**ADMINISTRATIVO**			**ASISTENCIAL**		**X**
Categoría	**I**		II **X**	III	IV	V	VII	N/A

2. VERIFICACIÓN REQUISITOS MÍNIMOS

ASPECTO A EVALUAR	**REQUISITO**	**EVIDENCIA**	**CUMPLE**	
			SI	**NO**
FORMACION ACADÉMICA:	**AUXILIAR DE ENFERMERIA**	**CORPORACION TECNICA EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO**	**X**	
OTROS ESTUDIOS:				

3. EXPERIENCIA

N° de Contrato	**Objeto**	**Entidad Contratante**	**Fecha de Inicio (dd/mm/aaaa)**	**Fecha de Terminación (dd/mm/aaaa)**	**Tiempo Experiencia (según el perfil)**			**Total Experiencia A-M-D**
					Años	**Meses**	**Días**	
	CONDUCTOR DE AMBULANCIA	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE**	1/3/2017	31/7/2017	0	5.00	0.00	0-5-0
	AUXILIAR DE ENFERMERIA	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE**	1/8/2017	31/1/2018	0	6.00	0.00	0-6-0
	CONDUCTOR DE AMBULANCIA	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE**	1/6/2016	31/8/2016	0	3.00	0.00	0-3-0
	CONDUCTOR DE AMBULANCIA	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE**	1/9/2016	31/12/2016	0	4.00	0.00	0-4-0
	CONDUCTOR DE AMBULANCIA	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE**	2/1/2017	5/6/2017	0	5.00	3.00	0-5-3
	AUXILIAR OPERATIVO	**INTECO S.A.S**	1/4/2014	22/1/2025	10	9.00	21.00	10-9-21
	CONDUCTOR DE AMBULANCIA	**ASISTENCIA MÉDICA EN LÍNEA, ASISMED**	24/3/2013	23/3/2014	0	11.00	29.00	0-11-29
					0	0.00	0.00	0-0-0
					0	0.00	0.00	0-0-0
					0	0.00	0.00	0-0-0
					0	0.00	0.00	0-0-0
					0	0.00	0.00	0-0-0
					0	0.00	0.00	0-0-0
					0	0.00	0.00	0-0-0
					TOTALES			**13-8-23**

CUMPLE	**SI**	**X**	**NO**		

CERTIFICA:	De acuerdo con lo anterior, el suscrito profesional de selección certifica que evaluada la hoja de vida de [Nombre] identificado(a) con cedula de ciudadanía No. [numero], y verificados los anteriores requisitos, se determinó que cumple con los requisitos de idoneidad o experiencia y por lo tanto es idóneo(a) para "(Incluir el objeto del contrato)", conforme a los requisitos del acto administrativo que adopta la escala de honorarios vigente

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PROFESIONAL DE SELECCIÓN	**FIRMA DEL PROFESIONAL DE SELECCIÓN**
JULIET ROCÍO VALDELAMAR JIMÉNEZ	
Identificación del Profesional de Selección:	CC: 53.000.077

(*) Para el cálculo de la experiencia se determinará sumando la experiencia acreditada en las certificaciones y no se tendrán en cuenta los traslapos.