Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**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 COMO PROMOTOR DE BIENESTAR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. PARA EL CONVENIO SED 7827009/2025

1. IDENTIFICACIÓN

Nombre:	**YEIMMY YINNELI MORENO RODRIGUEZ**	**C.C. 1018416202**	**Fecha: 08/05/2025**
Dependencia o area que requiere la necesidad:	DIRECCIÓN GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD CONVENIO SED 7827009/2025		

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

2. VERIFICACIÓN REQUISITOS MÍNIMOS

ASPECTO A EVALUAR	**REQUISITO**	**EVIDENCIA**	**CUMPLE**	
			SI	**NO**
FORMACIÓN ACADÉMICA:	**TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS AUXILIAR EN ENFERMERIA**	**TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS AUXILIAR EN ENFERMERIA / FUSDESA / 19/12/2011**	**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**	
PS 4411 2025	**PRESTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR DE BIENESTAR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CONVENIO 6591670-2024 SED**	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**	27/01/2025	30/04/2025	0	3,00	3,00	0-3-3
	AUXILIAR ENFERMERIA VACUNACION	**DIRECCION DE GESTION HUMANA HOME SALUD SAS**	31/01/2022	12/01/2023	0	11,00	12,00	0-11-12
	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	**AUXILIAR DE ENFERMERIA**	28/03/2021	27/09/2021	0	5,00	29,00	0-5-29
CONTRATO N° 317	**ASISTIRE SAS**	**AUXILIAR DE ENFERMERIA**	17/03/2017	19/09/2017	0	6,00	2,00	0-6-2
CONTRATO N° 654	**ASISTIRE SAS**	**AUXILIAR DE ENFERMERIA**	1/03/2018	28/02/2019	0	11,00	27,00	0-11-27
CONTRATO N° 733	**ASISTIRE SAS**	**AUXILIAR DE ENFERMERIA**	1/03/2019	10/02/2021	1	11,00	9,00	1-11-9
					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
					0	0,00	0,00	0-0-0
					TOTALES			**5-1-22**

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: PAULA ALEJANDRA CANACUE PRIETO	**FIRMA DEL PROFESIONAL DE SELECCIÓN** Alejandra Canacue P.
Identificación del Profesional de Selección:	1031167470

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