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:	**LUISA FERNANDA ALVARADO TORRES**	**C.C.1033815523**	**Fecha:08/05//25**
Dependencia o area que requiere la necesidad:	DIRECCION DE GESTION 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:	**TÉCNICO AUXILIAR EN ENFERERMERIA**	**TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA-POLITÉCNICO INTERNACIONAL-17/12/2021**	**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**	**Dias**	
	AUXILIAR DE ENFERMERÍA	**FUNDACIÓN CARDIO INFANTIL**	9/05/2022	7/07/2024	2	1,00	28,00	2-1-28
					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
					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			**2-1-28**

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

CERTIFICA:	De acuerdo con lo anterior, el suscrito profesional de selección certifica que evaluada la hoja de vida de [LUISA FERNANDA ALVARADO TORRES] identificado(a) con cedula de ciudadanía No. [1033815523], 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 **NATALIA BEATRIZ MUÑOZ PARRA**	**FIRMA DEL PROFESIONAL DE SELECCIÓN**
Identificación del Profesional de Selección:	1,015,401,316

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