**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 |

**1. IDENTIFICACIÓN**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre:** | **JAZBLEIDY CAROLINA CHAPARRO RAMIREZ** | **C.C. 1000005922** | **Fecha: 07/05/2025** |
| **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:** | **AXULIAR DE ENFERMERIA** | **DIPLOMA DE TECNICO LABORAL COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA** | **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** | |
| **4367 2025** | **PRESTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR DE BIENESTAR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA** | **SUBRED DE SERVICIOS DE SALUD DE** | 27/01/2025 | 30/04/2025 | 0 | 3,00 | 3,00 | 0-3-3 |
| **4854 2024** | **PRESTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR DE BIENESTAR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA** | **SUBRED DE SERVICIOS DE SALUD DE CENTRO** | 2/09/2024 | 30/11/2024 | 0 | 2,00 | 28,00 | 0-2-28 |
| **3832 2024** | **PRESTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR DE BIENESTAR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA** | **SUBRED DE SERVICIOS DE SALUD DE CENTRO** | 14/03/2024 | 19/07/2024 | 0 | 4,00 | 5,00 | 0-4-5 |
| | | **SUBRED DE SERVICIOS DE SALUD DE CENTRO** | | | 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** | | | **0-10-6** |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **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**<br>**PEDRO LUIS PAVA GARZON** | **FIRMA DEL PROFESIONAL DE SELECCIÓN** |
| **Identificación del Profesional de Selección:** | 1010219518 |

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