**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:** | **ANA MARIA RESTREPO GRISALES** | **C.C.1214720947** | **Fecha:07/05//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 LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA** | **TECNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA -LA ESCUELA DE ADMINISTRACIÓN Y FORMACION EN SALUD ESAF-15/08/2008** | **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 4843 2022** | **PRESTAR SERVICIOS TÉCNICOS AREAS DE LA SALUD PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E CONVENIO 2667785/2021** | **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** | 25/03/2022 | 31/10/2022 | 0 | 7,00 | 6,00 | 0-7-6 |
| **PS 2532 2023** | **PRESTAR SERVICIO COMO TECNICO DEL AREA DE LA SALUD PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E CONVENIO 4149357/2022** | **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** | 19/01/2023 | 24/02/2023 | 0 | 1,00 | 5,00 | 0-1-5 |
| **PS 5078 2023** | **PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DEL AREA DE LA SALUD PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO** | **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** | 10/04/2023 | 30/06/2023 | 0 | 2,00 | 20,00 | 0-2-20 |
| | | | | | 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** | | | | **0-11-1** |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **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** **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.**