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 ENFERMERO (A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. - CONVENIO EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEGÚN RESOLUCION 1499 26-08-2024.

1. IDENTIFICACIÓN

Nombre:	**MYRIAM CECILIA SAMACA RODRIGUEZ**	**C.C. 51985240**	**Fecha: 22/05/2025**
Dependencia o area que requiere la necesidad:	DIRECCION SERVICIOS AMBULATORIOS - CONVENIO EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEGÚN RESOLUCION 1499 26-08-2024		

TIPO DE SERVICIO		**ADMINISTRATIVO**		**ASISTENCIAL**		
Categoria	I	II	III ☐	IV	V ☐	VI	N/A

2. VERIFICACIÓN REQUISITOS MINIMOS

ASPECTO A EVALUAR	**REQUISITO**	**EVIDENCIA**	**CUMPLE**	
			SI	**NO**
FORMACIÓN ACADÉMICA:	**ENFERMERA**	**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA/ENFERMERA/04-02-2008**	**X**	
OTROS ESTUDIOS:				

3. EXPERIENCIA

Nº 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**	
	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENLACE OPERATIVO	**JURIDICA DE LA E.S.E MUNICIPAL DE SOACHA**	26/08/2024	31/12/2024	0	4,00	5,00	0-4-5
	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENLACE OPERATIVO	**JURIDICA DE LA E.S.E MUNICIPAL DE SOACHA**	04/07/2024	04/08/2024	0	1,00	0,00	0-1-0
PS 6282 2023:	**prestó sus servicios de manera personal y autónoma en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E mediante contrato de prestación de servicios**	**SUBRED CENTRO ORIENTE**	02/08/2023	14/04/2024	0	8,00	12,00	0-8-12
					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			**1-1-17**

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

CERTIFICA:	De acuerdo con lo anterior, el suscrito profesional de selección certifica que evaluada la hoja de vida de [MYRIAM CECILIA SAMACA RODRIGUEZ] identificado(a) con cedula de ciudadanía No. [51985240], 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: ORIANA MARGARITA SMITH BURGOS	**FIRMA DEL PROFESIONAL DE SELECCIÓN**
Identificación del Profesional de Selección:	1083025105

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