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:	**MARIA DE LA CRUZ TERAN ALVAREZ**	**C.C. 36623914**	**Fecha: 28/05/2025**
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**			
Categoría	I		II		III		IV	V		VI		N/A	

2. VERIFICACIÓN REQUISITOS MÍNIMOS

ASPECTO A EVALUAR	**REQUISITO**	**EVIDENCIA**	**CUMPLE**	
			SI	**NO**
FORMACIÓN ACADÉMICA:	**ENFERMERO**	**ENFERMERO / UNIVERSIDAD POPULAR DEL CESAR / 16/07/2002**	**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**	
1395 de 2019	**RESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVARESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA**	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E**	1/02/2019	31/01/2020	1	0,00	0,00	1-0-0
3147 de 2021	**PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVO**	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E**	1/02/2020	31/01/2021	1	0,00	0,00	1-0-0
PS 6282 2023:					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			**2-0-0**

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

CERTIFICA:	De acuerdo con lo anterior, el suscrito profesional de selección certifica que evaluada la hoja de vida de [MARIA DE LA CRUZ TERAN ALVAREZ] identificado(a) con cedula de ciudadanía No. [36623914], 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.