

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 DE APOYO A LA GESTION COMO PROMOTOR 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 PARA EL 7124331-2024 CONVENIO MAS BIENESTAR

1. IDENTIFICACIÓN

Nombre:	KATY MARCELA ANAYA ESCOBAR				C.C. 1038099134		Fecha: 21/07/2025			
Dependencia o area que requiere la necesidad:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD - 7124331-2024 CONVENIO MAS BIENESTAR									
TIPO DE SERVICIO				ADMINISTRATIVO		☐	ASISTENCIAL		☒	
Categoría				I ☐	II ☐	III ☐	IV ☐	V ☐	VII ☐	N/A ☒

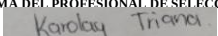
2. VERIFICACIÓN REQUISITOS MÍNIMOS

ASPECTO A EVALUAR	REQUISITO	EVIDENCIA	CUMPLE	
			SI	NO
FORMACIÓN ACADÉMICA:	AUXILIAR DE ENFERMERIA	FORMATOS 23/12/2021	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	Días	
					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
					0	0,00	0,00	0-0-0
					TOTALES			0-0-0
CUMPLE			SI	X	NO			

CERTIFICA: De acuerdo con lo anterior, el suscrito profesional de selección certifica que evaluada la hoja de vida de [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 DAYAN KAROLAY TRIANA SAAVEDRA	FIRMA DEL PROFESIONAL DE SELECCIÓN 
--	--

Identificación del Profesional de Selección:	1.072.338.819
---	---------------

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