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 TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

1. IDENTIFICACIÓN

Nombre:	ZHARITH NICOLL CHIQUIZA RODRÍGUEZ	**C.C.** 1000991445	**Fecha:16/07/2025**
Dependencia o area que requiere la necesidad:	DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS		

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:	**AUXILIAR DE ENFERMERIA**	AUXILIAR EN ENFERMERIA / ESCUELA DE SALUD SAN PEDRO CLAVER / 15/12/2022	**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**	
N/A	**N/A**	**N/A**	**N/A**	**N/A**	#¡VALOR!	#¡VALOR!	#¡VALOR!	#¡VALOR!
					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			**#¡VALOR!**

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

CERTIFICA:	De acuerdo con lo anterior, el suscrito profesional de selección certifica que evaluada la hoja de vida de ZHARITH NICOLL CHIQUIZA RODRÍGUEZ identificado(a) con cedula de ciudadanía No. 1000991445, 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:	**FIRMA DEL PROFESIONAL DE SELECCIÓN**
NATALIA BEATRIZ MUÑOZ PARRA	
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.