Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**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 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:	**FLOR JANETH MUÑOZ REYES**	**C.C. 51913523**	**Fecha: 31/07/2025**
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:	**AXUILIAR DE ENFERMERIA**	**DIPLOMA TECNICO DE AUXILIAR DE ENFERMERIA**	**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**	
	EL PERFIL NO REQUIERE EXPERIENCIA	**EL PERFIL NO REQUIERE EXPERIENCIA**			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 FLOR JANETH MUÑOZ REYES identificado(a) con cedula de ciudadania No. 1010219518, y verificados los anteriores requisitos, se determinó que cumple con los requisitos de idoneidad o experiencia y por lo tanto es idóneo(a) para "PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA 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				
NOMBRES Y APELLIDOS DEL PROFESIONAL DE SELECCIÓN: **PEDRO LUIS PAVA GARZON**			**FIRMA DEL PROFESIONAL DE SELECCIÓN**		
Identificación del Profesional de Selección:	1010219518				

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