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:	**YULI CATHERINE RUIZ**	**C.C. 1022981114**	**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:	**AUXILIAR EN ENFERMERIA**	**AUXILIAR DE ENFERMERIA / FUSDESA / 09/07/2016**	**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**	
7675 de 2022	**PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL EQUIPO SALUD TERRITORIAL EN EL MARCO DEL CONVENIO No 0002-2022 SUSCRITO ENTRE EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD FFDS Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE.**	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E**	26/10/2022	1/05/2023	0	6,00	5,00	0-6-5
					TOTALES			**0-6-5**

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

CERTIFICA:	De acuerdo con lo anterior, el suscrito profesional de selección certifica que evaluada la hoja de vida de [YULI CATHERINE RUIZ] identificado(a) con cedula de ciudadanía No. [1022981114], 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 SEGÚN RESOLUCION 1499 26-08-2024", 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.