**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 TECNOLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E |

**1. IDENTIFICACIÓN**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre:** | **LUISA TATIANA MEJIA CASTRO** | **C.C. 1033787895** | **Fecha: 05/08/2025** |
| **Dependencia o area que requiere la necesidad:** | DIRECCION FINANCIERA - FACTURACION | | |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **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:** | **TECNICO EN ADMINISTRACION DE EMPRESAS - HOMOLOGACION DE TITULOS EQUIVALENTE A RESOLUCION 216 15-03-2023** | **TECNICO EN ADMINISTRACION DE EMPRESAS - HOMOLOGACION DE TITULOS EQUIVALENTE A RESOLUCION 216 15-03-2023 / COLEGIO DE ADMINISTRACION ROBERT OWEN /** | **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** | |
| **PS 0724 2016** | **APOYO Y SOPORTE A LA GESTION DEL PROCESO DE FACTURACION - FACTURADOR HOSPITALIZACIÓN** | **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** | 1/09/2016 | 9/01/2017 | 0 | 4,00 | 8,00 | 0-4-8 |
| **PS 2703 2017** | **APOYO Y SOPORTE A LA GESTION DEL PROCESO DE FACTURACION . FACTURADOR HOSPITALIZACIÓN** | **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** | 10/01/2017 | 9/01/2018 | 0 | 11,00 | 29,00 | 0-11-29 |
| **PS 2938 2018** | **PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTÓNOMA, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL PROCESO DE FACTURACION (HOSPITALIZACIÓN) DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** | **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** | 5/03/2018 | 15/01/2019 | 0 | 10,00 | 10,00 | 0-10-10 |
| **PS 0376 2019** | **PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTÓNOMA, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL PROCESO DE FACTURACION (HOSPITALIZACIÓN Y URGENCIAS) DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.** | **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** | 16/02/2019 | 4/06/2019 | 0 | 3,00 | 18,00 | 0-3-18 |
| | | | | **TOTALES** | | | | **2-6-5** |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **CUMPLE** | **SI** | X | **NO** | | |

| | |
|---|---|
| **CERTIFICA:** | De acuerdo con lo anterior, el suscrito profesional de selección certifica que evaluada la hoja de vida de LUISA TATIANA MEJIA CASTRO identificado(a) con C.C. 1033787895, 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 DE APOYO A LA GESTION COMO TECNOLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E , conformealosrequisitosdelactoadministrativoqueadoptalaescaladehonorariosvigente. |

| | |
|---|---|
| **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.**