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 TECNICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

1. IDENTIFICACIÓN

Nombre:	**CRISTHIAN DAVID BENAVIDES LOPEZ**	**C.C. 1002860435**	**Fecha: 15/08/2025**
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:	**HOMOLOGACION TECNICO POR 10 SEMESTRES APROBADOS ARQUITECTURA**	**HOMOLOGACION TECNICO POR 10 SEMESTRES APROBADOS ARQUITECTURA / UNIVERSIDAD CATOLICA / 06/08/2025**	**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**	
	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	**TRAVEL MEMORIES**	27/03/2023	31/03/2025	2	0,00	4,00	2-0-4
					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				**2-0-4**

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

CERTIFICA:	De acuerdo con lo anterior, el suscrito profesional de selección certifica que evaluada la hoja de vida de CRISTHIAN DAVID BENAVIDES LOPEZ identificado(a) con C.C. 1002860435, 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 TECNICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN 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.