**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 PROFESIONALES COMO MEDICO 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:** | **DIEGO ALEJANDRO FETECUA GARZON** | **C.C. 1070943666** | **Fecha: 08/08/2025** |
| **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:** | **MÉDICO** | **FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SANITAS 16/07/2015** | | |
| **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** | |
| | **MÉDICO GENERAL** | **MEDICOS PARA APOYOS EN SALUD S.A.S** | 8/03/2019 | 9/09/2024 | 5 | 6,00 | 1,00 | 5-6-1 |
| | | | | | 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** | | | **5-6-1** |

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

| | |
|---|---|
| **CERTIFICA:** | De acuerdo con lo anterior, el suscrito profesional de selección certifica que evaluada la hoja de vida de DIEGO ALEJANDRO FETECUA GARZON identificado(a) con cedula de ciudadanía No. 1070943666, 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 PROFESIONALES COMO MEDICO 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:** | **FIRMA DEL PROFESIONAL DE SELECCIÓN** |
| **DIANA PATRICIA SANCHEZ GANTIVA** | |
| **Identificación del Profesional de Selección:** | 1.023.863.450 |

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