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. - RESOLUCIÓN 1499 26-08-2024 EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

1. IDENTIFICACIÓN

Nombre:	**NATALIA MURILLO HERRERA**	**C.C.1023977802**	**Fecha: 05/09/2025**
Dependencia o area que requiere la necesidad:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. - RESOLUCIÓN 1499 26-08-2024 EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL		

TIPO DE SERVICIO			**ADMINISTRATIVO**		☐	**ASISTENCIAL**		☑			
Categoría	I	☐	II	☐	III	☐	IV	☐	V	☐	VI	☐	N/A	☑

2. VERIFICACIÓN REQUISITOS MÍNIMOS

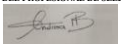
ASPECTO A EVALUAR	**REQUISITO**	**EVIDENCIA**	**CUMPLE**	
			SI	**NO**
FORMACIÓN ACADÉMICA:	**AUXILIAR DE ENFERMERIA**	**INSTITUTO DE EDUCACION INGABO 28/09/2019**	**X**	
OTROS ESTUDIOS:				

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 1517 2024	**PRESTAR SERVICIOSTECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**	21/01/2024	31/10/2024	0	9,00	10,00	0-9-10
					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			**0-9-10**

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

CERTIFICA:	De acuerdo con lo anterior, el suscrito profesional de selección certifica que evaluada la hoja de vida de [NATALIA MURILLO HERRERA] identificado(a) con cedula de ciudadana No. [1023977802], 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. - RESOLUCIÓN 1499 26-08-2024 EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL)". conforme a los requisitos del acto administrativo que adopta la escala de honorarios vigente

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PROFESIONAL DE SELECCIÓN: ANDREA BUITRAGO VARGAS	**FIRMA DEL PROFESIONAL DE SELECCIÓN** 
Identificación del Profesional de Selección:	1015404252

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