**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 GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E., EN MARCO DEL CONVENIO 7120405-2024 "APH" |

**1. IDENTIFICACIÓN**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre:** | **HECTOR ANDRES MOJICA BONZA** | **C.C. 1022373070** | **Fecha: 15/08/2025** |
| **Dependencia o area que requiere la necesidad:** | DIRECCION URGENCIAS - APH | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **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:** | **MEDICO CIRUJANO** | **UNIVERSIDAD DE CARABOBO - 21/07/2010** | **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** | |
| | **NO APLICA** | | | | 0 | 0.00 | 0.00 | 0-0-0 |
| | **NO APLICA** | | | | 0 | 0.00 | 0.00 | 0-0-0 |
| | **NO APLICA** | | | | 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** | | | **0-0-0** |

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

| | |
|---|---|
| **CERTIFICA:** | De acuerdo con lo anterior, el suscrito profesional de selección certifica que evaluada la hoja de vida de HECTOR ANDRES MOJICA BONZA identificado(a) con C.C. 1022373070, 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 GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E., EN MARCO DEL CONVENIO 7120405-2024 "APH", conformealosrequisitosdelactoadministrativoqueadoptalaescaladehonorariosvigente. |

| | |
|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS DEL PROFESIONAL DE SELECCIÓN:**<br>**CRISTIAN FABIAN CAICEDO MONTENEGRO** | **FIRMA DEL PROFESIONAL DE SELECCIÓN** |
| **Identificación del Profesional de Selección:** | 1,023,884,434 |

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

Para el correcto diligenciamiento del formato "VERIFICACIÓN PERFIL Y CERTIFICADO DE IDONEIDAD DE LOS CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN" es necesario atender las siguientes consideraciones:

- El formato debe ser diligenciado en computador sin enmendaduras, ni tachones, utilizando la fuente predeterminada en el formato.
- No modificar la formulación del formato.

**- En el Numer**al 1. Identificación: Se deben diligenciar completamente los ítems de información solicitada

**Nombre**: Se debe diligenciar completo (nombres y apellidos) en mayúsculas del candidato a contratar.
**C.C.:** Se debe diligenciar el número de identificación separado por puntos, del candidato a contratar que corresponda al documento de identificación anexo a los documentos soportes de la hoja de vida.
**Fecha:** La fecha de diligenciamiento debe igual o posterior a la fecha de expedición de la necesidad o estudio previo
**Objeto Contractual**: Deberá diligenciarse según la información dada en la necesidad o estudio previo
**Dependencia y/o Área que requierela necesidad**: Se debe diligenciar la Dependencia y /o área necesitada de la contratación.
**Categoria:** Se deberá seleccionar la casilla de acuerdo con la categoria que aplique segun la tabla de honorarios vigentes

**- En el Numeral** 2. Verificación Requisitos Mínimos: Se deben diligenciar completamente los dos ítems de información solicitada verificando que los documentos presentados por el contratista certifiquen su idoneidad y correspondan a los requisitos exigidos en la tabla de honorarios vigente, señalando en las casillas correspondientes si cumple o no dichos requisitos.

Requisito Formación: Se deberá diligenciar el perfil requerido en los estudios previos que satisfaga la necesidad del servicio.
Evidencia: Se deberá diligenciar el título completo del candidato a contratar, especificando el Establecimiento Educativo donde obtuvo el título y fecha de grado, ésta información deberá extraerla de los documentos presentados en digital y verificar que coincidan con lo registrado en la hoja de vida.
Requisito Otros estudios y evidencia: se diligenciará según sea el caso y si lo requiere el perfil.

**- En el Numeral 3**. **Experiencia,** se deben diligenciar las primeras cinco (5) columnas de este punto, sin efectuar cambios en la formulación de las columnas denominadas "tiempo experiencia general o relacionada(según perfil) y total experiencia". Se debe verificar que la experiencia total corresponda a la cantidad exigida en los requisitos establecidos en la necesidad o estudios previos y se debe verificar que sea relacionada o general en caso de que así lo exija el perfil. Si existen certificaciones con tiempos de experiencia que se traslapen, solamente se deben registrar los tiempos de experiencia en los cuales no se presente el traslapo entre los tiempos. (Ejemplo: Certificación N° 1: experiencia de enero a junio de 2017 - Certificación N°2 : experiencia de mayo a septiembre de de 2017. Se debe registrar en el formato así: Certificación N° 1: enero a junio de 2017 - Certificación N°2: julio a septiembre de 2017)

**No de contrato**: si la certificación que presenta el candidato a contratar especifica el número de contrato se diligencia ésta casilla.
**Objeto:** se debe escribir el objeto del contrato o funciones que describen las certificaciones de experiencia presentadas por la persona propuesta para la contratación.
**Entidad contratante**: se escribe el nombre completo de la entidad contratante que expide la certificación de experiencia.
**Fecha de inicio**: se escribe en números la fecha que relaciona la certificación como inicio de actividades en ese lugar de trabajo, iniciando por el año – mes – día, separado por el símbolo diagonal o barra ascendente: / sin espacios.
**Fecha de terminación:** se escribe en números la fecha que relaciona la certificación como finalización de actividades en ese lugar de trabajo, iniciando por el año – mes – día, separado por el símbolo diagonal o barra ascendente: / sin espacios.
Las casillas Tiempo Experiencia Relacionada y Total Experiencia Relacionada NO se diligencian, automáticamente se llenan al relacionar la fecha de inicio y terminación y dan un total de tiempo de experiencia que debe corresponder al mínimo requerido en el perfil descrito en los estudios previos.

Se debe tener en cuenta que el tiempo diligenciado de experiencias no deben traslaparse entre si. De igual forma si el contrato certificado sufrió suspensiones debe relacionarse por separado la experiencia con su respectivo tiempo de ejecución teniendo en cuenta que el orden de diligenciamiento es de la experiencia más reciente a la más antigua.

El formato debe ser firmado por rel profesional de seleccion correspondiente