**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 EN ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E |

**1. IDENTIFICACIÓN**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombre:** | **ANGELICA JAZMIN SUAREZ PUENTES** | **C.C.** | **1030542711** | **Fecha:** | **17/9/2025** |
| **Dependencia o area que requiere la necesidad:** | DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD - PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PSPIC | | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **TIPO DE SERVICIO** | | **ADMINISTRATIVO** | | | **ASISTENCIAL** | | X |
| **Categoría** | **I** | II | III | IV | V | VI | N/A X |

**2. VERIFICACIÓN REQUISITOS MÍNIMOS**

| **ASPECTO A EVALUAR** | **REQUISITO** | **EVIDENCIA** | | **CUMPLE** | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | **SI** | **NO** |
| **FORMACIÓN ACADÉMICA:** | **PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN ENFERMERIA** | **FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREAANDINA** | **13/7/2012** | **X** | |
| **OTROS ESTUDIOS:** | | | | **X** | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

**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 4424 2023** | **PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** | **LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.** | 1/1/2025 | 30/6/2025 | 0 | 5,00 | 29,00 | 0-5-29 |
| | | | | | 0 | 0,00 | 0,00 | 0-0-0 |
| | | | | | 0 | 0,00 | 0,00 | 0-0-0 |
| | | | | | **TOTALES** | | | **0-5-29** |

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

| | |
|---|---|
| **CERTIFICA:** | De acuerdo con lo anterior, el suscrito profesional de selección certifica que evaluada la hoja de vida de YENESITH TORRES CUESTA identificado(a) con 1077430731, y verificados los anteriores requisitos, se determinó que cumple con los requisitos de idoneidad o experiencia y por lo tanto es idóneo(a) paraPRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN TRABAJO SOCIAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E, conformealosrequisitosdelactoadministrativoqueadoptalaescaladehonorariosvigente. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS DEL PROFESIONAL DE SELECCIÓN:** | **CRISTIAN FABIAN CAICEDO MONTENEGRO** | **FIRMA DEL PROFESIONAL DE SELECCIÓN** | |
| **Identificación del Profesional de Selección:** | C.C. 1023884434 | | |

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