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 ESPECIALIZADOS EN FILOSOFIA 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:	**NESTOR JULIO MENDEZ GARCIA**	**C.C.**	**79382887**	**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 FILOSOFIA**	**UNIVERSIDAD SANTO TOMAS**	**3/7/1992**	**X**	
OTROS ESTUDIOS:	**ESPECIALISTA EN SALUD FAMILIAR**	**UNIVERSIDAD DE LA SABANA**	**17/1/1995**	**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 3631 2023	**PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN FILOSOFIA ESPECIALISTA 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 OLGA LILIANA TORRES ZAPATA identificado(a) con 1023879024, 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 ESPECIALIZADOS 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.