**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 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:** | **LORENA ALVAREZ AGUILERA** | **C.C.** | **1013616592** | **Fecha:** | **26/9/2025** |
| **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** | **UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA** | **18/4/2012** | **X** | |
| **OTROS ESTUDIOS:** | **ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGIA** | **FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA** | **5/12/2017** | **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 4054 2025** | **PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN ENFERMERIA ESPECIALIZADO 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 LORENA ALVAREZ AGUILERA identificado(a) con 1013616592, 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 ESPECIALIZADOS 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, 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.**