**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 DE APOYO A LA GESTION COMO GESTOR TECNICO "MAS BIENESTAR" PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL DESARROLLO DEL CONVENIO MAS BIENESTAR |

**1. IDENTIFICACIÓN**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Nombre:** | **JUANA VALENTINA MARROQUIN HERNANDEZ** | **CC** | **1000930647** | **Fecha: 03/10/2025** |
| **Dependencia o area que requiere la necesidad:** | DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD - CONVENIO MAS BIENESTAR | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **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** | **FUNDACION EDUCATIVA SAN JUAN DE DIOS** | **27/11/2021** | **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** | |
| | | | | | 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** | | | | **0-0-0** |

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

| | |
|---|---|
| **CERTIFICA:** | De acuerdo con lo anterior, el suscrito profesional de selección certifica que evaluada la hoja de vida de JUANA VALENTINA MARROQUIN HERNANDEZ identificado(a) con CC, 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 DE APOYO A LA GESTION COMO GESTOR TECNICO "MAS BIENESTAR" PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL DESARROLLO DEL CONVENIO MAS BIENESTAR conforme a los requisitos de la cto administrativo que adopta la escala de honorarios vigente. |

| | |
|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS DEL PROFESIONAL DE SELECCIÓN:**<br>**DAYAN KAROLAY TRIANA SAAVEDRA** | **FIRMA DEL PROFESIONAL DE SELECCIÓN**<br>Karolay Triana |
| **Identificación del Profesional de Selección:** | 1.072.338.819 El Peñon Cundinamarca |

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