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 COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

1. IDENTIFICACIÓN

Nombre:	**ALBERTO AUGUSTO MUÑOZ GIL**	**C.C. 79663835**	**Fecha:16/10/2025**
Dependencia o area que requiere la necesidad:	DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		

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**	**FUSDESA 18/06/2004**	**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**	
	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION ASISTENCIAL	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E**	27/05/2020	30/04/2021	0	11,00	3,00	0-11-3
	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION ASISTENCIAL	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E**	1/05/2021	30/09/2021	0	4,00	29,00	0-4-29
					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			**1-4-2**

CUMPLE	**SI**	X	**NO**		

CERTIFICA:	De acuerdo con lo anterior, el suscrito profesional de selección certifica que evaluada la hoja de vida de ALBERTO AUGUSTO MUÑOZ GIL identificado(a) con C.C. 79663835, 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 COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. , conformealosrequisitosdelactoadministrativoqueadoptalaescaladehonorariosvigente.

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PROFESIONAL DE SELECCIÓN: **JULIET ROCÍO VALDELAMAR JIMÉNEZ**	**FIRMA DEL PROFESIONAL DE SELECCIÓN**
Identificación del Profesional de Selección:	C.C 53´000,077

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