**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 TÉCNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E., PARA EL DESARROLLO DEL CONVENIO APH |

## 1. IDENTIFICACIÓN

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombre:** | **YINA KATHERINE ACERO DIAZ** | **C.C.** | **1023899479** | **Fecha:** | **30/10/2025** |
| **Dependencia o area que requiere la necesidad:** | DIRECCIÓN DE URGENCIAS - PROGRAMA DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA "APH" | | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **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** | **INCAP** | **15/12/2015** | **X** | |
| **OTROS ESTUDIOS:** | **0** | **0** | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

## 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 5759 2024** | **PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO** | **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** | 10/12/2024 | 31/10/2025 | 0 | 10,00 | 21,00 | 0-10-21 |
| **6256-2022** | **AUXILIAR DE ENFERMERIA** | **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE** | 18/03/2022 | 31/07/2024 | 2 | 4,00 | 13,00 | 2-4-13 |
| | | | | | 0 | 0,00 | 0,00 | 0-0-0 |
| | | | | | **TOTALES** | | | **3-3-4** |

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

| | |
|---|---|
| **CERTIFICA:** | De acuerdo con lo anterior, el suscrito profesional de selección certifica que evaluada la hoja de vida de YINA KATHERINE ACERO DIAZ identificado(a) con C.C. , 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 TÉCNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E., PARA EL DESARROLLO DEL CONVENIO APH, conformealosrequisitosdelactoadministrativoqueadoptalaescaladehonorariosvigente. |

| | |
|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS DEL PROFESIONAL DE SELECCIÓN:**<br>**CRISTIAN FABIAN CAICEDO MONTENEGRO** | **FIRMA DEL PROFESIONAL DE SELECCIÓN** |
| **Identificación del Profesional de Selección:** | 1.023.884.434 |

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