VERIFICACIÓN DE REQUISITOS DE IDONEIDAD, EXPERIENCIA Y CAPACIDAD DEL SELECCIONADO

De acuerdo con el artículo 2.2.1.2.1.4.9 del Decreto 1082 de 2015, la Secretaria Distrital de Salud- Fondo Financiero Distrital de Salud podrá contratar directamente con la persona natural y/o jurídica que esté en capacidad de ejecutar el objeto del contrato siempre y que haya demostrado la idoneidad o experiencia directamente relacionada con el área de que se trate. En este caso, no es necesario que la entidad estatal haya obtenido previamente varias ofertas, de lo cual el ordenador del gasto debe dejar constancia escrita, por lo anterior, a continuación, se presenta el análisis de idoneidad y experiencia en la selección del contratista dentro del proceso de contratación directa.

1. IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
BERTHA CECILIA PEÑALOZA PACHECO	**1065565711**

2. FORMACIÓN DEL CONTRATISTA

2.1. PERSONA NATURAL

2.1.1. FORMACION DEL CONTRATISTA
a) FORMACIÓN DEL CONTRATISTA SOLICITADA POR LA ENTIDAD
Título de formación profesional en áreas del conocimiento de las ciencias de la salud, ciencias sociales y humanas, administración y afines o ingeniería industrial que cuente con posgrado en áreas afines a su profesión o en áreas del conocimiento de las ciencias de la salud, ciencias sociales y humanas, administración y afines o ingeniería industrial o su equivalencia por dos años de experiencia profesional adicional a la exigida
b) FORMACIÓN DEL CONTRATISTA ACREDITADA
Título como Fisioterapeuta con especialización en Administración en Salud Pública énfasis en Administración de Servicios de Salud.

3. EXPERIENCIA DEL CONTRATISTA (Aplica para Persona Natural y Jurídica)

3.1. EXPERIENCIA ACREDITADA

N.	ENTIDAD PÚBLICA O PRIVADA CONTRATANTE	FECHA		AÑOS	MESES	DIAS
		INICIAL	FINAL			
1	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE	02/01/2025	09/09/2025		8	8
2	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE	09/08/2024	31/12/2024		4	23
3	HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE E.S.E.	20/04/2015	15/10/2015		5	26
4	HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE E.S.E	20/11/2013	09/01/2015	1	1	20
5	ALCALDIA MUNICIPAL AGUSTIN CODAZZI	04/02/2013	18/11/2013		9	15
7	TEMPORALES UNO-A BOGOTA S.A. HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE	11/01/2012	30/01/2012			20
8	TEMPORALES UNO-A BOGOTA S.A. HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE	01/02/2012	09/03/2012		1	9
9	TEMPORALES UNO-A BOGOTA S.A. HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE	14/03/2012	30/07/2012		4	17
10	TEMPORALES UNO-A BOGOTA S.A. HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE	01/08/2012	08/11/2012		3	8
11	TEMPORALES UNO-A BOGOTA S.A. HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE	16/02/2011	08/03/2011			23
12	TEMPORALES UNO-A BOGOTA S.A. HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE	09/03/2011	27/12/2011		9	19
13	TEMPORALES UNO-A BOGOTA S.A. HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE	18/01/2010	30/11/2010		10	13
14	TEMPORALES UNO-A BOGOTA S.A. HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE	01/12/2010	30/12/2010		1	
		TOTAL		6	1	20

4. RECOMENDACIÓN PARA CONTRATAR

Se certifica que: (i) la Hoja de Vida y sus correspondientes soportes presentados por **BERTHA CECILIA PEÑALOZA PACHECO** fueron debidamente examinados para verificar el cumplimiento de los requisitos establecidos en el artículo 2.2.1.2.1.4.9., del Decreto 1082 de 2015; (ii) Los documentos que acreditan idoneidad, formación académica, experiencia y capacidad para ejecutar el objeto del contrato, aportados fueron verificados y cumplen con los requisitos exigidos por la normativa vigente, en consecuencia se realiza la siguiente recomendación al ordenador del gasto para contratar:

Analizados los aspectos establecidos en los estudios previos, se deja constancia que los documentos que se aportan cuentan con los elementos de experiencia que lo hacen idóneo para ejecutar el contrato a celebrar.

Alejandro Cepeda Pérez

Firmado digitalmente por Alejandro Cepeda Pérez

Firma:
Nombre: ALEJANDRO CEPEDA PEREZ
Cargo: DIRECTOR DE PARTICIPACION SOCIAL, GESTION TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD

Elaboró: Angela Patricia Hernández E.

Certifico que he verificado la documentación relacionada con la experiencia presentada por el contratista y cumple con los requisitos mínimos, según la tabla de honorarios para la contratación de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión de personas naturales de la Secretaría Distrital de Salud y el Fondo Financiero Distrital de Salud: "Nombre o razón social de la entidad, empresa o persona natural, Tiempo de servicio y/o plazo de ejecución del contrato, Labor desempeñada, Firmadas por el funcionario o persona competente para su expedición y Cuando el perfil requiera experiencia relacionada y en el evento que, del objeto de la experiencia certificada, no se desprendan las funciones o actividades desempeñadas, las certificaciones deberán contener funciones y/u obligaciones y/o actividades; en caso que las certificaciones no tengan la información solicitada, se podrá aportar adicional a ellas, copia del contrato o documento equivalente que las contenga (…)".

Nombre del profesional responsable del trámite en la Subdirección de contratación**:**

ALEJANDRA AGUDELO RODRIGUEZ

C.C.: 1.053.821.239 **Firma:** Alejandra Agudelo Rodriguez Firmado digitalmente por Alejandra Agudelo Rodriguez