
 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN CONTRACTUAL SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	VERIFICACIÓN DE REQUISITOS DE IDONEIDAD EXPERIENCIA Y CAPACIDAD DEL SELECCIONADO				
	Código:	SDS-CON-FT-105	Versión:	1	

Elaboró: Diana Carolina Prada Nova, Jenny Carolina Moya Diaz, Jefry Steven Blanco Montes / Revisó: Edgar Andres Bustos Martínez / Aprobó: Katty Jhoana Rodríguez Lozano

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
NADYA MARIA JANNA LAVALLE	30579149



2. FORMACIÓN DEL CONTRATISTA

2.1. PERSONA NATURAL (*Diligenciar únicamente si aplica*)

2.1.1. FORMACION DEL CONTRATISTA
a) FORMACION DEL CONTRATISTA SOLICITADA POR LA ENTIDAD
<u>Título de formación profesional en áreas del conocimiento de las ciencias de la educación, ciencias de la salud, ciencias sociales y humanas, administración y afines con Postgrado en en áreas afines a su profesión, áreas del conocimiento de las ciencias de la educación, ciencias de la salud, ciencias sociales y humanas, administración y afines.</u>
b) FORMACIÓN DEL CONTRATISTA ACREDITADA
<u>ACREDITA TITULO PROFESIONAL EN ENFERMERIA</u>
<u>ACREDITA TITULO MAESTRIA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA</u>

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	Fondo Financiero Distrital De Salud	6/02/25	31/12/25	0	10	25
2	Universidad de Córdoba	27/02/24	26/07/24	0	4	29
3	Universidad de Córdoba	4/02/23	3/12/23	0	9	29

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN CONTRACTUAL SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	VERIFICACIÓN DE REQUISITOS DE IDONEIDAD EXPERIENCIA Y CAPACIDAD DEL SELECCIONADO				
	Código:	SDS-CON-FT-105	Versión:	1	

Elaboró: Diana Carolina Prada Nova, Jenny Carolina Moya Diaz, Jefry Steven Blanco Montes / Revisó: Edgar Andres Bustos Martínez / Aprobó: Katty Jhoana Rodríguez Lozano

4	Universidad de Córdoba	19/06/22	31/01/23	0	7	12
5	Universidad de Córdoba	11/04/22	10/09/22	0	4	30
6	Universidad de Córdoba	1/12/21	31/03/22	0	3	30
7	Universidad de Córdoba	16/06/21	17/08/21	0	2	1
8	Universidad de Córdoba	14/04/21	13/05/21	0	0	29
9	Universidad de Córdoba	29/12/20	30/03/21	0	3	1
TOTAL				4	0	1

4. RECOMENDACIÓN PARA CONTRATAR

Se certifica que: (i) la Hoja de Vida y sus correspondientes soportes presentados por **NADYA MARIA JANNA LAVALLE** 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 Pérez

Cargo: Director de Participación Social, Gestión Territorial y Transectorialidad

Elaboró: JUAN PABLO ESCOBAR ROA

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:

Jorge E. Rodríguez Guzmán

C.C.: 1.111.196.018

Firma:



Estimado Dr Jose Elias Guevara Fragozo, reciba un cordial saludo Por medio de la presente me permito solicitar de manera respetuosa el certificado de insuficiencia o inexistencia de personal de planta, de los requerimientos que se relacionan en el archivo adjunto denominado "Matriz de insuficiencia e inexistencia de personal"