

	FORMATO DE IDONEIDAD DE TALENTO HUMANO	Código
	PROCESO GESTIÓN JURÍDICA	DE-JU-F-17
	SUBPROCESO CONTRATACIÓN	Version
	E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE TABIO	V1- 2025

CONSTANCIA DE IDONEIDAD Y EXPERIENCIA

HACE CONSTAR:

Que de acuerdo con lo establecido en el artículo 2.2.1.2.1.4.9 del Decreto 1082 de 2015, o la norma que lo adicione o modifique, y con fundamento en el artículo 83 de la Constitución Política, el cual dispone que todas las actuaciones de los particulares y de las auditorías públicas deberán ceñirse a los postulados de la buena fe; se realizó la verificación de los requisitos exigidos en los Estudios Previos para la celebración del contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión cuyo objeto es:

"PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONAL EN ENFERMERÍA PARA LA EJECUCIÓN DE LOS EQUIPOS BÁSICOS EN SALUD Y COORDINACIÓN DEL MICROTERRITORIO ASIGNADO EN EL ÁREA URBANA, LO ANTERIOR CONFORME A LOS LINEAMIENTOS DADOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL EN EL MARCO DE LA RESOLUCIÓN 1010 DEL 23 DE MAYO 2025, PARA DE LA E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE TABIO CUNDINAMARCA." Con base en los soportes de la hoja de vida aportados por la señora **LEIDY ISABET MORALES SERRATO**, identificada con cédula de ciudadanía número 1.070.611.790 expedida en Girardot - Cundinamarca, me permito dejar constancia que la persona arriba mencionada e identificada CUMPLE con la IDONEIDAD Y EXPERIENCIA requerida en los ESTUDIOS PREVIOS para desarrollar y ejecutar el objeto señalado.

así:

EXPERIENCIA EXIGIDA EN LOS ESTUDIOS PREVIOS:

TIEMPO DE LA EXPERIENCIA (EN MESES)	DOCE (12) MESES
-------------------------------------	-----------------

FORMACIÓN ACADÉMICA ACREDITADA PARA LA CONTRATACIÓN (CUANDO APLIQUE):

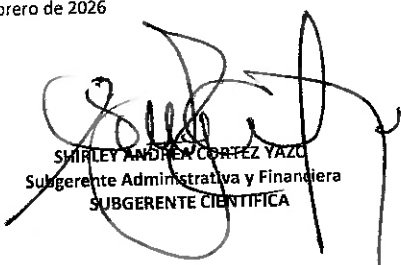
TÍTULOS OBTENIDOS O NOMBRE DE LOS ESTUDIOS ADELANTADOS	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA	FECHA GRADO	
ENFERMERA	UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA	30 DE SEPTIEMBRE DE 2016	
BACHILLER ACADÉMICO	INSTITUCIÓN EDUCATIVA MANUELA OMAÑA	3 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2009	

EXPERIENCIA ACREDITADA PARA LA CONTRATACIÓN - (CUANDO APLIQUE - DE ACUERDO CON LA HOJA DE VIDA DE SIGEP Y LA DOCUMENTACIÓN APORTADA POR EL CONTRATISTA A LA ENTIDAD)

ENTIDAD O EMPRESA CONTRATANTE	TIEMPO DE CONTRATACIÓN	ÁREA RELACIONADA
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE	7 MESES	SALUD PÚBLICA
ESE MUNICIPAL JULIO CÉSAR PEÑALOZA - SOACHA	5 MESES	EQUIPOS BÁSICOS EN SALUD

Por lo anterior, una vez revisada y verificada la documentación presentada, me permito dejar constancia que la persona arriba mencionada e identificada CUMPLE con la IDONEIDAD Y EXPERIENCIA requerida en los ESTUDIOS PREVIOS.

La presente se expide en la ciudad de Tabio a los 06 días del mes de febrero de 2026


SHIRLEY ANDREA CORTEZ YAZO
Subgerente Administrativa y Financiera
SUBGERENTE CIENTÍFICA

Proyectó y Revisó: Yeimmy Natalia Cruz Pérez - Contratista.
Aprobó: Shirley Andrea Cortez Yazo - Subgerente Científica