

|                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                       |                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
|  <p><b>ALCALDÍA MAYOR<br/>DE BOGOTÁ D.C.</b><br/>SECRETARÍA DE SALUD</p> | <p>SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN<br/>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN<br/>CONTROL DOCUMENTAL<br/>VERIFICACIÓN DE IDONEIDAD Y EXPERIENCIA<br/>SELECCIÓN DE CONTRATISTAS PROCESO DE CONTRATACIÓN DIRECTA:<br/>PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN<br/>Código: SDS-CON-FT-057 V.5</p> | <p>Elaborado por:<br/>Luis Eduardo Zamora Sánchez<br/>Revisado por: Essy Ximena Arévalo Torres<br/>Aprobado por: Pilar Alexon Contreras<br/>Erazo</p> |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|

## 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 Secretaría 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 |
|--------------------------------|----------------|
| YEIMMY ANDREA RODRIGUEZ ALBINO | 1.031.153.308  |

### 2. FORMACIÓN DEL CONTRATISTA

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

|                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2.1.1. FORMACION DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                          |
| a) FORMACIÓN DEL CONTRATISTA SOLICITADA POR LA ENTIDAD                                                                                                                                    |
| TITULO DE FORMACION TECNICA O TECNICO PROFESIONAL EN ÁREAS DE LA SALUD (Podrá acreditarse formación superior a la exigida), De Cero (0) a Dieciocho (18) meses de experiencia relacionada |

|                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                   |                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
|  <p><b>ALCALDÍA MAYOR<br/>DE BOGOTÁ D.C.</b><br/>SECRETARÍA DE SALUD</p> | <p>SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN<br/>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN<br/>CONTROL DOCUMENTAL<br/>VERIFICACIÓN DE IDONEIDAD Y EXPERIENCIA<br/>SELECCIÓN DE CONTRATISTAS PROCESO DE CONTRATACIÓN DIRECTA:<br/>PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN<br/>Código: SDS-CON-FT-057 V.5</p> | <p>Elaborado por:<br/>Luis Eduardo Zamora Sánchez<br/>Revisado: Essy Ximena Arévalo Torres<br/>Aprobado por: Pilar Alexon Contreras<br/>Erazo</p> |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>b) FORMACIÓN DEL CONTRATISTA ACREDITADA</b></p>                    |
| <p>La contratista acredita su formación como Auxiliar en Enfermería.</p> |

**2.2. PERSONA JURÍDICA (Diligenciar únicamente si aplica)**

|                        |     |            |            |
|------------------------|-----|------------|------------|
| OBJETO SOCIAL          | N/A | SOLICITADO | ACREDITADO |
| EXPERIENCIA SOLICITADA | N/A |            | N/A        |

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

| 3.1 EXPERIENCIA ACREDITADA |                                       |         |       |      |       |      |
|----------------------------|---------------------------------------|---------|-------|------|-------|------|
| N.                         | ENTIDAD PÚBLICA O PRIVADA CONTRATANTE | FECHA   |       | AÑOS | MESES | DÍAS |
|                            |                                       | INICIAL | FINAL |      |       |      |
| 1                          | N/A                                   | N/A     | N/A   |      |       |      |
| 2                          |                                       |         |       |      |       |      |
| TOTAL                      |                                       |         |       |      |       |      |



|                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                     |                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
|  <p>ALCALDÍA MAYOR<br/>DE BOGOTÁ D.C.<br/>SECRETARÍA DE SALUD</p> | <p>SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN<br/>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN<br/>CONTROL DOCUMENTAL</p> <p>VERIFICACIÓN DE IDONEIDAD Y EXPERIENCIA</p> <p>SELECCIÓN DE CONTRATISTAS PROCESO DE CONTRATACIÓN DIRECTA:<br/>PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN</p> <p>Código: SDS-CON-FT-057 V.5</p> | <p>Elaborado por:<br/>Luis Eduardo Zamora Sánchez</p> <p>Revisado: Essy Ximena Arévalo Torres</p> <p>Aprobado por: Pilar Alexon Contreras Erazo</p> |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|

#### 4. RECOMENDACIÓN PARA CONTRATAR

El suscrito certifica que: (i) la Hoja de Vida y sus correspondientes soportes presentados por **YEIMMY ANDREA RODRIGUEZ ALBINO** 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 por **YEIMMY ANDREA RODRIGUEZ ALBINO** fueron verificados y cumplen con los requisitos exigidos por la normativa vigente, en consecuencia realizamos la siguiente recomendación al ordenador del gasto para contratar:

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



**ANDRÉS JOSÉ ÁLVAREZ VILLEGAS**  
DIRECTOR URGENCIAS Y EMERGENCIAS  
EN SALUD

Elaboró: J. Peñaranda



**MANUEL ALFREDO GONZÁLEZ MAYORGA**  
SUBSECRETARIO DE SERVICIOS DE  
SALUD Y ASEGURAMIENTO

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/o 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: Andrés Felipe Vargas Piñob. c.c.: 60790641000 Firma: [Signature]