1100-OFJ-01274-2026

Bucaramanga, 08 de octubre de 2026.

PARA: Dra.
ALIX CAROLINA SOLER PARRA
Subgerente de Servicios de Apoyo Diagnostico ESE HUS

ASUNTO: SOLICITUD EVALUACIÓN DE REQUISITOS HABILITANTE DE ORDEN TÉCNICO

Cordial Saludo.

Teniendo en cuenta que se está llevando a cabo proceso de selección mediante la modalidad de CONTRATACIÓN DIRECTA, el cual tiene por objeto **PRESTACIÓN SERVICIOS PROFESIONALES DE MEDICINA GENERAL EN LA ASISTENCIA, VALORACIÓN Y SOPORTE CLÍNICO DE LOS PACIENTES QUE REQUIEREN ESTUDIOS EN EL SERVICIO DE IMAGENOLOGÍA DE LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER** con un plazo de ejecución que será **A PARTIR DE LA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2026**, previo cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución del contrato (suscripción de acta de inicio, existencia de registro presupuestal, aprobación de garantías exigidas y vigencia de amparo de riesgos laborales), de manera atenta se solicita la elaboración de la **EVALUACIÓN DE REQUISITOS HABILITANTE DE ORDEN TÉCNICO** de la oferta presentada por parte **JUAN DARIO MOGOLLON SEPULVEDA**, de acuerdo con los requisitos solicitados en la Invitación a Presentar Propuesta de la siguiente manera:

REQUISITO HABILITANTE TÉCNICO.

El eferente deberá cumplir como mínimo las siguientes especificaciones técnicas que a continuación se relacionan y las descritas en el Anexo **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DEL SERVICIO- GTH-PTH-FO-01, Versión 4.**

EDUCACIÓN	FORMACIÓN	EXPERIENCIA
1. Título de pregrado en Medicina general. **2**. Inscripción vigente RETHUS **Nota:** Los títulos y certificados obtenidos en el exterior requieren para su validez de la homologación y convalidación por parte del Ministerio de Educación Colombiano o autoridad competente	**1**. Certificación curso de reanimación ACLS Y BLS actualizado. (Vigencia menor a 2 años) **2**. Certificado del Curso de Humanización **3.** Certificado del Curso de Seguridad del paciente. **4**. Certificado del Curso de Atención Centrada en el Usuario. **5.** Certificado de formación atención integral en salud a víctimas de violencia sexual. **6.** Certificado de formación en atención a víctimas de ataques con agentes químicos **7**. Certificado de formación para la gestión del duelo **8**. Certificado de formación en cuidado del donante **9**. Certificado de formación en atención a víctimas del conflicto armado **10.** Certificado de formación en lucha contra la corrupción **11**. Certificado de formación en manejo clínico del dengue. **12**. Certificado de formación en manejo del dolor **13.** Certificado de formación en Protección Radiológica	Experiencia profesional de 5 meses en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de tercer nivel de complejidad.

Por último, se informa que la evaluación debe ser entregada en la Oficina Jurídica del Hospital, en aras de poder realizar la solicitud de requerimiento a subsanar si hay lugar a ello.

Con el acostumbrado respeto,

Atentamente,

JENNIFER FIGUEREDO ARDILA
Jefe Oficina Asesora Jurídica de la ESE HUS

Proyectó: Nathalia Camargo Mendez Nathalia Camargo
Abogada de Apoyo Oficina Asesora Jurídica ESE HUS (Sortesalud)

EVALUACIÓN TÉCNICA
GJU-ADQ-FO-04, Versión 2
GESTIÓN JURÍDICA

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

N°. DE REQUERIMIENTO:	308		
OBJETO:	PRESTACIÓN SERVICIOS PROFESIONALES DE MEDICINA GENERAL EN LA ASISTENCIA, VALORACIÓN Y SOPORTE CLÍNICO DE LOS PACIENTES QUE REQUIEREN ESTUDIOS EN EL SERVICIO DE IMAGENOLOGÍA DE LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER		
OFERENTE:	JUAN DARIO MOGOLLO SEPULVEDA		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN:	CC	**N°. IDENTIFICACIÓN:**	1022434784

FACTOR A EVALUAR	**NIVEL DE CUMPLIMIENTO**		**FOLIO**	**OBSERVACIONES**
	CUMPLE	**NO CUMPLE**		
El proponente deberá presentar la hoja de vida de acuerdo al perfil y requisitos solicitados en el Formato perfil del ejecutor GTH-PTH-FO-01, Versión 4.	X			

CONCLUSIÓN De esta manera y, luego de haber efectuado la correspondiente verificación, se establece que el proponente JUAN DARIO MOGOLLO SEPULVEDA a la fecha de la Evaluación Técnica de la Propuesta, **CUMPLE** con los requisitos exigidos en la correspondiente invitación.

Atentamente,

ALIX CAROLINA SOLER PARRA
Subgerente de Servicios de Apoyo Diagnóstico
ESE HUS

Con la firma de este documento manifiesto que autorizo el tratamiento de mis datos personales conforme lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines aquí establecidos.