

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E  
APOYO – GESTION DE CONTRATACION  
FORMATO VERIFICACIÓN PERFIL Y CERTIFICADO DE IDONEIDAD DE LOS CONTRATOS DE  
PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-060  
VERSIÓN: 2  
FECHA: 2025-03-11

El suscrito profesional de selección certifica que se adelantó la verificación de la hoja de vida y los soportes respectivos, para determinar el cumplimiento de los requisitos de idoneidad o experiencia establecidos la necesidad enviada por el área y la Tabla de Honorarios vigente así:

**Objeto:** PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO GESTOR COMUNITARIO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. - RESOLUCIÓN 1499 26-08-2024 EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

1. IDENTIFICACIÓN

**Nombre:** ANA CECILIA BARRERA **C.C.** 52160599 **Fecha:** 17/10/2025

**Dependencia o area que requiere la necesidad:** RESOLUCIÓN 1499 26-08-2024 EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

| TIPO DE SERVICIO |   | ADMINISTRATIVO |     |    | ASISTENCIAL |      |     | X |
|------------------|---|----------------|-----|----|-------------|------|-----|---|
| Categoría        | I | II             | III | IV | V           | VI X | N/A |   |

2. VERIFICACIÓN REQUISITOS MÍNIMOS

| ASPECTO A EVALUAR    | REQUISITO | EVIDENCIA                |           | CUMPLE |    |
|----------------------|-----------|--------------------------|-----------|--------|----|
|                      |           |                          |           | SI     | NO |
| FORMACIÓN ACADÉMICA: | BACHILLER | INSTITUTO COMERCIAL SICA | 13/1/1992 |        |    |
| OTROS ESTUDIOS:      | N/A       | N/A                      | N/A       | N/A    |    |
|                      |           |                          |           |        |    |
|                      |           |                          |           |        |    |
|                      |           |                          |           |        |    |

3. EXPERIENCIA

| Nº de Contrato | Objeto | Entidad Contratante | Fecha de Inicio (dd/mm/aaaa) | Fecha de Terminación (dd/mm/aaaa) | Tiempo Experiencia (según el perfil) |       |      | Total Experiencia A-M-D |
|----------------|--------|---------------------|------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|-------|------|-------------------------|
|                |        |                     |                              |                                   | Años                                 | Meses | Días |                         |
| N/A            | N/A    | N/A                 |                              |                                   | 0                                    | 0,00  | 0,00 | 0-0-0                   |
|                |        |                     |                              |                                   | 0                                    | 0,00  | 0,00 | 0-0-0                   |
|                |        |                     |                              |                                   | TOTALES                              |       |      | 0-0-0                   |
| CUMPLE         |        |                     | SI                           | X                                 | NO                                   |       |      |                         |

**CERTIFICA:** De acuerdo con lo anterior, el suscrito profesional de selección certifica que evaluada la hoja de vida de ANA CECILIA BARRERA identificado(a) con C.C. 52160599, y verificados los anteriores requisitos, se determinó que cumple con los requisitos de idoneidad o experiencia y por lo tanto es idóneo(a) para PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO GESTOR COMUNITARIO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. - RESOLUCIÓN 1499 26-08-2024 EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, conforme a los requisitos del acto administrativo que adopta la escala de honorarios vigente.

|                                                   |                             |                                    |                                                                                       |
|---------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRES Y APELLIDOS DEL PROFESIONAL DE SELECCIÓN: | NATALIA BEATRIZ MUÑOZ PARRA | FIRMA DEL PROFESIONAL DE SELECCIÓN |  |
|---------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|

**Identificación del Profesional de Selección:** 1015401316

(\*) Para el cálculo de la experiencia se determinará sumando la experiencia acreditada en las certificaciones y no se tendrán en cuenta los traslados.