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:	**MARCELA TRIVIÑO CORTEZ**	**C.C.**	52732383	**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	COLEGIO DISTRITAL MANUELA BELTRAN	15/12/2001		
OTROS ESTUDIOS:	**N/A**	**N/A**	**N/A**	**N/A**	

3. EXPERIENCIA

N° 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 MARCELA TRIVIÑO CORTEZ identificado(a) con C.C. 52732383, 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 traslapos.