

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: PAULA ANDREA CARRILLO ROJAS **C.C.** 1023949808 **Fecha:** 17/10/2025

Dependencia o área 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	FUNDACIÓN PARA LA VIDA FUNDESCO	14/12/2013	
OTROS ESTUDIOS:	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 PAULA ANDREA CARRILLO ROJAS identificado(a) con C.C. 1023949808, 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 traslajos.