

CONVOCATORIA PÚBLICA PARA PARA EL PROCESO DE SELECCIÓN DEL GERENTE DE LA ESE HOSPITAL OSCAR EMIRO VERGARA CRUZ DEL MUNICIPIO DE SAN PEDRO DE URABÁ ANTIOQUIA PARA EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 01 DE ABRIL DE 2020 HASTA EL 31 DE MARZO DE 2024

INFORME GENERAL DEL PROCESO

CORPOMÉRITO, entidad encargada de realizar el proceso de convocatoria pública, procede consolidar informe general del proceso de convocatoria pública y que tiene la siguiente estructura: 1. De la verificación de cumplimiento de requisitos, análisis de documentos aportados por los participantes que acreditaron los requisitos mínimos para participar en la convocatoria y verificación de antecedentes; 2. De la prueba de competencias y conductas asociadas al cargo; 3. De la valoración de conocimiento, experiencia y consolidación de prueba de competencias y conductas asociadas al cargo de los participantes que continúan en el proceso; y 4. Del informe definitivo del proceso.

1. De la verificación de cumplimiento de requisitos y análisis de documentos aportados por los participantes que acreditaron los requisitos mínimos para participar en la convocatoria.

Participante 05665CONV01001.

| DATOS DEL PARTICIPANTE (Solo se consignará en el formato, la información aportada por el participante) | | | |
|---|--|---------------------------------------|---|
| Nombres y apellidos del participante: | SANDRA PATRICIA HOYOS MADERA | | |
| Fecha y hora de inscripción: | 29-marzo-2020. 13:21 horas. | Código de inscripción | 05665CONV01001 |
| Identificación # y lugar de expedición: | 43535549 de Medellín. | Dirección de notificación | Calle 47 C #51 -32 Barrio El Pirú (San Pedro de Urabá). |
| Teléfono: | No reporta | Celular: | 3106247507 |
| Correo electrónico: | sphoyosm@gmail.com | Tarjeta profesional: | R-5-0965 del 5 de mayo de 1998. |
| VERIFICACIÓN DE REQUISITOS MÍNIMOS | | | |
| Requisito | | | No Cumple |
| Título profesional en el área de la salud | | | X |
| Experiencia profesional de un (1) año en el sector salud. | | | X |
| ESTUDIOS DE EDUCACIÓN SUPERIOR (EDUCACIÓN FORMAL) | | | |
| Institución | Programa | Título | Fecha |
| Universidad de Antioquia | Bacteriología y Laboratorio Clínico. | Bacterióloga y Laboratorista Clínico. | 3-jun-1994 |

| | | | | | |
|--|--|--|---------------------|--|------------------|
| Universidad CES | Posgrados | Especialista en Gerencia de Instituciones de Prestadoras de Servicios de Salud | | 19-sep-2019 | |
| ESTUDIOS DE EDUCACIÓN NO FORMAL | | | | | |
| Institución | Programa | Intensidad horaria | | Fecha Certificado | |
| Universidad CES | Diplomado en Mercadeo y Venta de Servicios | 90 horas | | 01-jun-2019 | |
| EXPERIENCIA LABORAL | | | | | |
| Empresa | Cargo | Fecha ingreso | Fecha salida | TOTAL | |
| | | | | Meses Tipo de Experiencia - Rel o Esp¹ | |
| ESE Hospital San Sebastián de Urabá. | Subdirectora científica | 18-oct-2016 | 04-jun-2019 | 31,97 | Esp. |
| ESE Hospital Oscar Emiro Vergara Cruz. | Bacterióloga | 01-nov-2015 | 31-dic-2015 | 2,00 | Rel. |
| ESE Hospital Oscar Emiro Vergara Cruz. | Subdirectora científica | 01-ene-2014 | 31-dic-2014 | 12,13 | Esp. |
| Secretaría para el Desarrollo de la Salud de Córdoba. | Contratista | 19-mar-2013 | 30-dic-2013 | 9,53 | Rel. |
| Secretaría para el Desarrollo de la Salud de Córdoba. | Contratista | 19-sep-2012 | 28-dic-2012 | 3,33 | Rel. |
| Alcaldía Municipio de Turbo. | Secretaría de Salud y Bienestar Social | 13-abr-2011 | 31-dic-2011 | 8,73 | Esp. |
| EMDISALUD ESS-EPS | Técnico de aseguramiento | 13-sep-2010 | 12-mar-2011 | 6,00 | Rel. |
| Municipio de San Pedro de Urabá | Director Local de Salud | 8-jul-2005 | 31-dic-2007 | 30,20 | Esp. |
| ESE Hospital Oscar Emiro Vergara Cruz | Contratista | 01-mar-2005 | 30-jun-2005 | 4,03 | Rel. |
| ESE Hospital Oscar Emiro Vergara Cruz | Contratista | 15-jun-2004 | 31-dic-2004 | 6,63 | Rel. |
| ESE Hospital Oscar Emiro Vergara Cruz | Contratista | 01-may-2003 | 30-jun-2003 | 2,00 | Rel. |
| ESE Hospital Oscar Emiro Vergara Cruz | Contratista | 15-ene-2002 | 30-mar-2002 | 2,47 | Rel. |
| ESE Hospital Oscar Emiro Vergara Cruz | Contratista | 20-may-2001 | 30-ago-2001 | 3,40 | Rel. |
| ESE Hospital Oscar Emiro Vergara Cruz | Contratista | 01-mar-2000 | 30-abr-2000 | 2,00 | Rel. |
| ESE Hospital Oscar Emiro Vergara Cruz | Bacterióloga | 01-oct-1994 | 28-abr-1998 | 43,50 | Rel. |
| CERTIFICADOS RECHAZADOS POR NO CUMPLIR LOS REQUISITOS DEL REGLAMENTO | | | | | |
| Entidad que expide certificado | | Razón del rechazo | | | |
| SENA. 25 de febrero de 2013. | | Los contratos de experiencia docente certificados, adolecen de fecha de terminación. | | | |
| TOTAL EXPERIENCIA | | | | | |
| Específica | | | Relacionada | | |
| 83,03 meses | | | 84,90 meses | | |
| Asignación de puntaje conforme lo dispuesto en las tablas 3 y 4 artículo 40 del Reglamento de la Convocatoria | | | | | |
| Específica entre más de 12 y hasta 60 meses. | | 60 meses | | = 35,00 puntos | |
| Relacionada hasta 36 meses. | | 36 meses | | = 35,00 puntos | |
| CERTIFICADOS DE ANTECEDENTES | | | | | |
| Antecedentes | Fecha de verificación | | | Código o método de verificación. | Resultado |
| | Día | Mes | Año | | |
| Disciplinarios. | 29 | 03 | 2020 | Se verifica en página web en la fecha y se guarda en expediente. | Reporta. |
| Fiscales. | 29 | 03 | 2020 | Se verifica en página web en la fecha y se guarda en expediente. | Reporta. |
| Judiciales. | 29 | 03 | 2020 | Se verifica en página web en la fecha y | Reporta. |

¹ Esp. = Específica. Rel. = Relacionada.

| | | | | | |
|----------------------|----|----|------|--|------------|
| | | | | se guarda en expediente. | |
| Medidas correctivas. | 29 | 03 | 2020 | Se verifica en página web en la fecha y se guarda en expediente. | Reporta. |
| Profesionales. | | | | | No aplica. |
| Situación militar. | | | | | No aplica. |

Participante 05665CONV01002.

| DATOS DEL PARTICIPANTE (Solo se consignará en el formato, la información aportada por el participante) | | | | | | |
|---|--------------------------|--|---------------------------|------------|-------------------------|-------------------------|
| Nombres y apellidos del participante: | | MÓNICA ISABEL ESCOBAR GUZMÁN | | | | |
| Fecha y hora de inscripción: | | 29-marzo-2020. 16:26 horas. | Orden de inscripción | | 05665CONV01002 | |
| Identificación # y lugar de expedición: | | 43105072 de Bello. | Dirección de notificación | | CRA 25ª Nro. 38D SUR-30 | |
| Teléfono: | | No reporta | Celular: | | 3216417356 | |
| Correo electrónico: | | moisesguz@hotmail.com | Tarjeta profesional: | | 5-1099-05 | |
| VERIFICACIÓN DE REQUISITOS MÍNIMOS | | | | | | |
| Requisito | | | | | Cumple | No Cumple |
| Título profesional en el área de la salud | | | | | x | |
| Experiencia profesional de un (1) año en el sector salud. | | | | | x | |
| ESTUDIOS DE EDUCACIÓN SUPERIOR (EDUCACIÓN FORMAL) | | | | | | |
| Institución | | Programa | | Título | | Fecha |
| Universidad Cooperativa de Colombia | | Odontología | | Odontóloga | | 12-dic-2003 |
| ESTUDIOS DE EDUCACIÓN NO FORMAL | | | | | | |
| Institución | Programa | Intensidad horaria | | | | Fecha Certificado |
| | | | | | | |
| EXPERIENCIA LABORAL | | | | | | |
| Empresa | Cargo | Fecha ingreso | Fecha salida | TOTAL | | |
| | | | | Meses | Tipo de Experiencia | -Rel o Esp ² |
| Cobersalud IPS. Itagüí | Odontóloga | 19-jun-18 | 23-ene-20 | 19,43 | Rel. | |
| ESE Hospital Iván Restrepo Gómez | Gerente | 1-abr-11 | 1-mar-12 | 11,17 | Esp. | |
| ESE Hospital Iván Restrepo Gómez | Odontóloga | 27-jun-09 | 20-mar-11 | 21,03 | Rel. | |
| Municipio de Urrao | Directora Local de Salud | 2-mar-09 | 26-may-09 | 2,83 | Esp. | |
| ESE Hospital Iván Restrepo Gómez | Odontóloga | 13-ago-08 | 1-mar-09 | 6,67 | Rel. | |
| ESE Hospital Santa Lucía de Fredonia | Contratista | 17-nov-04 | 30-jun-05 | 7,50 | Rel. | |
| ESE Hospital Santa Lucía de Fredonia | Odontóloga SSO | 1-abr-04 | 17-nov-04 | 7,67 | Rel. | |
| CERTIFICADOS RECHAZADOS POR NO CUMPLIR LOS REQUISITOS DEL REGLAMENTO | | | | | | |
| Entidad que expide certificado | | Razón del rechazo | | | | |
| | | | | | | |
| TOTAL EXPERIENCIA | | | | | | |
| Específica | | | Relacionada | | | |
| 14 meses | | | 62,30 meses | | | |
| Asignación de puntaje conforme lo dispuesto en las tablas 3 y 4 artículo 40 del Reglamento de la Convocatoria | | | | | | |

² Esp. = Específica. Rel. = Relacionada.

| Específica entre más de 12 y hasta 60 meses. | 14 meses | = 8,17 | | | |
|--|-----------------------|--------|------|--|------------|
| Relacionada hasta 36 meses. | 62,30 meses | = 35 | | | |
| CERTIFICADOS DE ANTECEDENTES | | | | | |
| Antecedentes | Fecha de verificación | | | Código o método de verificación. | Resultado |
| | Día | Mes | Año | | |
| Disciplinarios. | 29 | 03 | 2020 | Se verifica en página web en la fecha y se guarda en expediente. | Reporta. |
| Fiscales. | 29 | 03 | 2020 | Se verifica en página web en la fecha y se guarda en expediente. | Reporta. |
| Judiciales. | 29 | 03 | 2020 | Se verifica en página web en la fecha y se guarda en expediente. | Reporta. |
| Medidas correctivas. | 29 | 03 | 2020 | Se verifica en página web en la fecha y se guarda en expediente. | Reporta. |
| Profesionales. | | | | | No aplica. |
| Situación militar. | | | | | No aplica. |

Participante 05665CONV01003.

| DATOS DEL PARTICIPANTE (Solo se consignará en el formato, la información aportada por el participante) | | | | | |
|---|--|---|--|-----------|--|
| Nombres y apellidos del participante: | JOEL EDILBERTO LÓPEZ RUIZ | | | | |
| Fecha y hora de inscripción: | 29-marzo- 2020 19:00 horas | Orden de inscripción | 05665CONV01003 | | |
| Identificación # y lugar de expedición: | 72254269 de Barranquilla. | Dirección notificación de | Carrera 116 No. 100 – 23 Barrio Darién Apartadó Antioquia. | | |
| Teléfono: | 8150403 | Celular: | 3015318583 | | |
| Correo electrónico: | J.edilberto@hotmail.com | Tarjeta profesional: | 86-0916-06 | | |
| VERIFICACIÓN DE REQUISITOS MÍNIMOS | | | | | |
| Requisito | | | Cumple | No Cumple | |
| Título profesional en el área de la salud | | | X | | |
| Experiencia profesional de un (1) año en el sector salud. | | | X | | |
| ESTUDIOS DE EDUCACIÓN SUPERIOR (EDUCACIÓN FORMAL) | | | | | |
| Institución | Programa | Título | Fecha | | |
| Universidad Metropolitana de Barranquilla | Medicina | Médico y cirujano | 15- jul-2005 | | |
| Universidad del Sinú | Especialización en Auditoría en Salud | Especialista en Auditoría en Salud | 27-oct-2011 | | |
| Universidad Autónoma del Caribe | Especialización en Seguridad Salud en el Trabajo | Especialista en Seguridad Salud en el Trabajo | 29-sep-2017 | | |
| ESTUDIOS DE EDUCACIÓN NO FORMAL | | | | | |
| Institución | Programa | Intensidad horaria | Fecha Certificado | | |
| GESCONS | Soporte Vital Básico y Avanzado. | 24 horas | 29-jun-2018 | | |
| Politécnico de Colombia | Salud Pública | 120 horas | 02-jun-2017 | | |
| Politécnico Superior de Colombia | Docencia Universitaria | 120 horas | 07-oct-2016 | | |
| EXPERIENCIA LABORAL | | | | | |
| Empresa | Cargo | Fecha ingreso | Fecha salida | TOTAL | |
| | | | | Meses | Tipo de Experiencia - Rel o Esp ³ |
| Savia Salud EPS | Médico de autorizaciones | 04-feb-19 | 16-mar-20 | 13,53 | Rel. |

³ Esp. = Específica. Rel. = Relacionada.

| ESE Hospital Óscar Emiro Vergara Cruz | Auditor Médico | 04-ene-16 | 31-dic-18 | 36,40 | Esp. |
|--|-----------------------|--------------|--------------------------|--|------------|
| I.A.C Gestión Administrativa | Médico CTC | 16-may-12 | 23-oct-15 | 41,83 | Rel. |
| ESE Hospital Óscar Emiro Vergara Cruz | Médico General | 06-nov-06 | 30-abr-12 | 66,73 | Rel. |
| Cooperativa de Salud el Bienestar IPS | Médico General | 04-ene-07 | 05-abr-11 | 51,73 | Rel. |
| Hospital Naval ARC Leguizamo | Médico S.S.O | 16-nov-05 | 15-may-06 | 6,00 | Rel. |
| CERTIFICADOS RECHAZADOS POR NO CUMPLIR LOS REQUISITOS DEL REGLAMENTO | | | | | |
| Entidad que expide certificado | | | Razón del rechazo | | |
| TOTAL EXPERIENCIA | | | | | |
| Específica | | | Relacionada | | |
| 36,40 | | | 179,83 | | |
| Asignación de puntaje conforme lo dispuesto en las tablas 3 y 4 artículo 40 del Reglamento de la Convocatoria | | | | | |
| Específica entre más de 12 y hasta 60 meses. | | 0 meses | | = 0,00 | |
| Relacionada hasta 36 meses. | | 216,23 meses | | = 35 | |
| CERTIFICADOS DE ANTECEDENTES | | | | | |
| Antecedentes | Fecha de verificación | | | Código o método de verificación. | Resultado |
| | Día | Mes | Año | | |
| Disciplinarios. | 30 | 03 | 2020 | Se verifica en página web en la fecha y se guarda en expediente. | Reporta. |
| Fiscales. | 30 | 03 | 2020 | Se verifica en página web en la fecha y se guarda en expediente. | Reporta. |
| Judiciales. | 30 | 03 | 2020 | Se verifica en página web en la fecha y se guarda en expediente. | Reporta. |
| Medidas correctivas. | 30 | 03 | 2020 | Se verifica en página web en la fecha y se guarda en expediente. | Reporta. |
| Profesionales. | | | | | No aplica. |
| Situación militar. | | | | | Definida. |

Participante 05665CONV01005.

| DATOS DEL PARTICIPANTE | | | |
|---|--|------------------------------------|--|
| (Solo se consignará en el formato, la información aportada por el participante) | | | |
| Nombres y apellidos del participante: | DÉBORA ECILDA ROMERO MENDOZA | | |
| Fecha y hora de inscripción: | 29- mar-2020 21:04 horas. | Orden de inscripción | 05665CONV01005 |
| Identificación # y lugar de expedición: | 22803741 de Cartagena. | Dirección de notificación | Carrera 104 No. 89 - 04 Chigorodó - Antioquia. |
| Teléfono: | 3105386133 | Celular: | 3105386133 |
| Correo electrónico: | Deboraromero974@gmail.com | Tarjeta profesional: | 13653/2007 |
| VERIFICACIÓN DE REQUISITOS MÍNIMOS | | | |
| Requisito | | | Cumple |
| | | | No Cumple |
| Título profesional en el área de la salud | | | X |
| Experiencia profesional de un (1) año en el sector salud. | | | X |
| ESTUDIOS DE EDUCACIÓN SUPERIOR (EDUCACIÓN FORMAL) | | | |
| Institución | Programa | Título | Fecha |
| Corporación Universitaria Rafael Núñez | Medicina | Médico | 21-dic-2006 |
| Universidad CES | Especialización en Auditoría en Salud | Especialista en Auditoría en Salud | 04-abr-2019 |
| ESTUDIOS DE EDUCACIÓN NO FORMAL | | | |
| Institución | Programa | Intensidad horaria | Fecha Certificado |
| | | | |
| EXPERIENCIA LABORAL | | | |

| Empresa | Cargo | Fecha ingreso | Fecha salida | TOTAL | |
|--|--------------------------|---------------|-------------------|--|------------|
| | | | | Meses Tipo de Experiencia - Rel o Esp- ⁴ | |
| ESE Hospital María Auxiliadora de Chigorodó. | Subdirectora científica. | 12-ene-17 | 12-mar-20 | 38,50 | Esp. |
| ESE Hospital María Auxiliadora de Chigorodó. | Médico General | 11-abr-11 | 11-ene-17 | 70,07 | Rel. |
| CERTIFICADOS RECHAZADOS POR NO CUMPLIR LOS REQUISITOS DEL REGLAMENTO | | | | | |
| Entidad que expide certificado | | | Razón del rechazo | | |
| TOTAL EXPERIENCIA | | | | | |
| Específica | | | Relacionada | | |
| 38,5 | | | 70,07 | | |
| Asignación de puntaje conforme lo dispuesto en las tablas 3 y 4 artículo 40 del Reglamento de la Convocatoria | | | | | |
| Específica entre más de 12 y hasta 60 meses. | | 38,50 meses | | = 22,17 | |
| Relacionada hasta 36 meses. | | 70,07 meses | | =35,00 | |
| CERTIFICADOS DE ANTECEDENTES | | | | | |
| Antecedentes | Fecha de verificación | | | Código o método de verificación. | Resultado |
| | Día | Mes | Año | | |
| Disciplinarios. | 29 | 03 | 2020 | El participante aporta certificación. | Reporta. |
| Fiscales. | 29 | 03 | 2020 | El participante aporta certificación. | Reporta. |
| Judiciales. | 29 | 03 | 2020 | El participante aporta certificación. | Reporta. |
| Medidas correctivas. | 30 | 03 | 2020 | Se verifica en página web en la fecha y se guarda en expediente. | Reporta. |
| Profesionales. | | | | | No aplica. |
| Situación militar. | | | | | No aplica. |

Participante 05665CONV01006.

| DATOS DEL PARTICIPANTE | | | | | |
|---|----------------------------|--|---------------------------|--|-----------|
| (Solo se consignará en el formato, la información aportada por el participante) | | | | | |
| Nombres y apellidos del participante: | | KEIVIS CUESTA MOSQUERA | | | |
| Fecha y hora de inscripción: | | 29-mar-2020 23:03 horas | Orden de inscripción | 05665CONV01006 | |
| Identificación # y lugar de expedición: | | 1017198215 de Medellín. | Dirección de notificación | Calle 43 No. 73 – 28 barrio Laureles Medellín. | |
| Teléfono: | | 2295110 | Celular: | 3104199545 | |
| Correo electrónico: | | keiviis@live.com | Tarjeta profesional: | 1017198215 | |
| VERIFICACIÓN DE REQUISITOS MÍNIMOS | | | | | |
| Requisito | | | | Cumple | No Cumple |
| Título profesional en el área de la salud | | | | X | |
| Experiencia profesional de un (1) año en el sector salud. | | | | X | |
| ESTUDIOS DE EDUCACIÓN SUPERIOR (EDUCACIÓN FORMAL) | | | | | |
| Institución | Programa | Título | | Fecha | |
| Universidad Coopertiva de Colombia. | Medicina. | Médico General | | 17-dic-2015 | |
| ESTUDIOS DE EDUCACIÓN NO FORMAL | | | | | |
| Institución | Programa | Intensidad horaria | | Fecha Certificado | |
| Empresa Médica Integral - EMI | Código fucsia. | 2 horas | | 01-marzo-2020 | |
| Fundación Sistema Regional de Emergencias | Reanimación Cardiopulmonar | 40 horas | | 10-nov-2019 | |

⁴ Esp. = Específica. Rel. = Relacionada.

| Médicas. | Soporte Vital Básico y Avanzado. | | | | |
|---|--|---------------|-------------------|--|--|
| Nefrología al día en un día. | Actualización en nefrología. | 10 horas | 06-jul-2019 | | |
| Metrosalud | Atención a Víctimas de Violencia Sexual. | 4 horas | 12-abr-2019 | | |
| EXPERIENCIA LABORAL | | | | | |
| Empresa | Cargo | Fecha ingreso | Fecha salida | TOTAL | |
| | | | | Meses | Tipo de Experiencia - Rel o Esp ⁵ |
| IPSICOL (Instituto Psicoeducativo Colombiano) | Médico General | 08-may-19 | 30-jun-19 | 1,77 | Rel. |
| Hospital San Juan de Dios Cocorná | Médico General | 01-ago-17 | 30-sep-18 | 14,17 | Rel. |
| ESE Hospital Francisco Valderrama Turbo | Médico General | 08-mar-16 | 08-mar-18 | 24,33 | Rel. |
| CERTIFICADOS RECHAZADOS POR NO CUMPLIR LOS REQUISITOS DEL REGLAMENTO | | | | | |
| Entidad que expide certificado | | | Razón del rechazo | | |
| | | | | | |
| TOTAL EXPERIENCIA | | | | | |
| Específica | | | Relacionada | | |
| 00,0 | | | 40,27 | | |
| Asignación de puntaje conforme lo dispuesto en las tablas 3 y 4 artículo 40 del Reglamento de la Convocatoria | | | | | |
| Específica entre más de 12 y hasta 60 meses. | | | 0,00 meses | = 00,0 | |
| Relacionada hasta 36 meses. | | | 40,27 meses | = 35,00 | |
| CERTIFICADOS DE ANTECEDENTES | | | | | |
| Antecedentes | Fecha de verificación | | | Código o método de verificación. | Resultado |
| | Día | Mes | Año | | |
| Disciplinarios. | 30 | 03 | 2020 | Se verifica en página web en la fecha y se guarda en expediente. | Reporta. |
| Fiscales. | 30 | 03 | 2020 | Se verifica en página web en la fecha y se guarda en expediente. | Reporta. |
| Judiciales. | 30 | 03 | 2020 | Se verifica en página web en la fecha y se guarda en expediente. | Reporta. |
| Medidas correctivas. | 30 | 03 | 2020 | Se verifica en página web en la fecha y se guarda en expediente. | Reporta. |
| Profesionales. | | | | | No aplica. |
| Situación militar. | | | | | No aplica. |

Participante 05665CONV01007.

Justicia, derecho y democracia

| DATOS DEL PARTICIPANTE | | | |
|---|--|---------------------------|------------------------|
| (Solo se consignará en el formato, la información aportada por el participante) | | | |
| Nombres y apellidos del participante: | CAMILO ANDRÉS BÁEZ SALAZAR | | |
| Fecha y hora de inscripción: | 29-mar-2020 23:23 horas | Orden de inscripción | 05665CONV01007 |
| Identificación # y lugar de expedición: | 1032409185 Bogotá D.C | Dirección de notificación | Carrea 73 No. 138 – 44 |
| Teléfono: | 6138315 | Celular: | 3203034187 |
| Correo electrónico: | Camil_bae-s@hotmail.com | Tarjeta profesional: | 05-1423-15 |
| VERIFICACIÓN DE REQUISITOS MÍNIMOS | | | |
| Requisito | | | No Cumple |
| Título profesional en el área de la salud | | | X |
| Experiencia profesional de un (1) año en el sector salud. | | | X |

⁵ Esp. = Específica. Rel. = Relacionada.

| ESTUDIOS DE EDUCACIÓN SUPERIOR (EDUCACIÓN FORMAL) | | | | | | |
|---|------------------------|--|-------------------|--|-------------|--|
| Institución | Programa | Título | | Fecha | | |
| Pontificia Universidad Javeriana | Odontología | Odontólogo | | 08-ago-2014 | | |
| Universidad de Córdoba | Posgrados | Especialista en Gerencia Administrativa de Salud | | 24-jul-2017 | | |
| Universidad el Bosque | Posgrados | Especialista en odontología pediátrica | | 14-ago-2019 | | |
| ESTUDIOS DE EDUCACIÓN NO FORMAL | | | | | | |
| Institución | Programa | Intensidad horaria | | Fecha Certificado | | |
| ACOP | Pediatría | 20 horas | | 15-mar-2019 | | |
| Pontificia Universidad Javeriana | Educación | 30 horas | | 22-sep-2013 | | |
| EXPERIENCIA LABORAL | | | | | | |
| Empresa | Cargo | Fecha ingreso | Fecha salida | TOTAL | | |
| | | | | Meses Tipo de Experiencia - Rel o Esp ⁶ | | |
| Clínica CreSer en Grande San Pedro de Urabá | Contratista. | 03-nov-2016 | 24-may-2017 | 6,73 | Rel. | |
| ESE Hospital Emiro Vergara Cruz | Subdirector científico | 01-ene-15 | 30-dic-15 | 12,10 | Esp. | |
| CERTIFICADOS RECHAZADOS POR NO CUMPLIR LOS REQUISITOS DEL REGLAMENTO | | | | | | |
| Entidad que expide certificado | | | Razón del rechazo | | | |
| | | | | | | |
| TOTAL EXPERIENCIA | | | | | | |
| Específica | | | Relacionada | | | |
| 12,10 | | | 6,73 | | | |
| Asignación de puntaje conforme lo dispuesto en las tablas 3 y 4 artículo 40 del Reglamento de la Convocatoria | | | | | | |
| Específica entre más de 12 y hasta 60 meses. | | | 12,10 meses | | = 7,00 | |
| Relacionada hasta 36 meses. | | | 6,73 meses | | = 5,83 | |
| CERTIFICADOS DE ANTECEDENTES | | | | | | |
| Antecedentes | Fecha de verificación | | | Código o método de verificación. | Resultado | |
| | Día | Mes | Año | | | |
| Disciplinarios. | 30 | 03 | 2020 | Se verifica en página web en la fecha y se guarda en expediente. | Reporta. | |
| Fiscales. | 30 | 03 | 2020 | Se verifica en página web en la fecha y se guarda en expediente. | Reporta. | |
| Judiciales. | 30 | 03 | 2020 | Se verifica en página web en la fecha y se guarda en expediente. | Reporta. | |
| Medidas correctivas. | 30 | 03 | 2020 | Se verifica en página web en la fecha y se guarda en expediente. | Reporta. | |
| Profesionales. | | | | | No aplica. | |
| Situación militar. | | | | Se verifica en página web en la fecha y se guarda en expediente. | No definida | |

Participante 7 05665CONV01008.

| DATOS DEL PARTICIPANTE | | | |
|---|-----------------------------|---------------------------|---------------------|
| (Solo se consignará en el formato, la información aportada por el participante) | | | |
| Nombres y apellidos del participante: | RICARDO LUIS ARZUZA MENDOZA | | |
| Fecha y hora de inscripción: | 29-mar-2020 23:41 horas. | Orden de inscripción | 05665CONV01008 |
| Identificación # y lugar de expedición: | 73127895 de Cartagena | Dirección notificación de | Calle 49B N° 64C-54 |

⁶ Esp. = Específica. Rel. = Relacionada.

| | | | | | |
|--|---|--|--------------------------|---|------|
| Teléfono: | 5398969 | Celular: | 3122906752 | | |
| Correo electrónico: | ricardoluisarzuza@yahoo.es | Tarjeta profesional: | 460592 | | |
| VERIFICACIÓN DE REQUISITOS MÍNIMOS | | | | | |
| Requisito | | | Cumple | No Cumple | |
| Título profesional en el área de la salud | | | X | | |
| Experiencia profesional de un (1) año en el sector salud. | | | X | | |
| ESTUDIOS DE EDUCACIÓN SUPERIOR (EDUCACIÓN FORMAL) | | | | | |
| Institución | Programa | Título | Fecha | | |
| Universidad de Cartagena | Odontología | Odontólogo | 30-jul-1988 | | |
| Universidad del Rosario | Escuela de Administración | Especialista en Gerencia de la Salud Publica | 20-oct-1999 | | |
| Universidad de Antioquia | Derecho y Ciencias Políticas | Abogado | 31-oct-2016 | | |
| Universidad de Antioquia | Especialización en Auditoría en Salud. FNSP | Especialista en Auditoría en Salud | 6-sep-2017 | | |
| ESTUDIOS DE EDUCACIÓN NO FORMAL | | | | | |
| Institución | Programa | Intensidad horaria | Fecha Certificado | | |
| Universidad CES | Verificación de las Condiciones de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud | 140 HORAS | 19-jul-2019 | | |
| Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas | Programa de Formación para Verificadores de Hospitales Seguros Versión 2017 | 36 HORAS | 26-ene-2018 | | |
| Asociación de Empresas Sociales del Estado - AESA | Seminario Actualización en Gestión Empresarial de E.S.E. | 20 HORAS | 09-feb-2016 | | |
| Universidad de Antioquia | Gestión Financiera en Instituciones de Salud | 160 HORAS | 14-ago-2015 | | |
| Colegio Colombiano del Administrador Público | Actualización Manual de Funciones – Estructuración Planta de Empleos Temporales en Entidades Públicas | 16 HORAS | 27-mar-2015 | | |
| EXPERIENCIA LABORAL | | | | | |
| Empresa | Cargo | Fecha ingreso | Fecha salida | TOTAL Meses Tipo de Experiencia - Rel o Esp-⁷ | |
| ESE Hospital el Carmen de Amalfi | Gerente | 16-oct-13 | 31-mar-16 | 29,90 | Esp. |
| ESE CAMU de Moñitos Córdoba | Gerente | 16-may-13 | 15-oct-13 | 5,07 | Esp. |
| ESE Hospital María Auxiliadora-Chigorodó | Gerente (E) | 14-feb-11 | 05-abr-11 | 1,67 | Esp. |
| EMDISALUD-EPS-ESS | Gerente Regional | 20-may-10 | 20-ene-11 | 8,17 | Esp. |
| COBIENESTAR IPS | Gerente | 04-nov-04 | 15-may-10 | 67,27 | Esp. |
| ESE Hospital Óscar Emiro Vergara Cruz - San Pedro de Urabá | Gerente | 11-sep-00 | 31-mar-04 | 43,23 | Esp. |
| ESE Hospital Óscar Emiro Vergara Cruz - San Pedro de Urabá | Subdirector Científico | 27-abr-00 | 10-sep-00 | 4,53 | Esp. |
| ESE Hospital la Paz – Puerto Triunfo Antioquia | Gerente | 11-abr-96 | 18-abr-99 | 36,73 | Esp. |
| CERTIFICADOS RECHAZADOS POR NO CUMPLIR LOS REQUISITOS DEL REGLAMENTO | | | | | |
| Entidad que expide certificado | | Razón del rechazo | | | |
| TOTAL EXPERIENCIA | | | | | |
| Específica | | | Relacionada | | |
| 196,57 | | | 0,00 | | |
| Asignación de puntaje conforme lo dispuesto en las tablas 3 y 4 artículo 40 del Reglamento de la Convocatoria | | | | | |
| Específica entre más de 12 y hasta 60 meses. | | 196,57 meses | = 35,00 | | |
| Relacionada hasta 36 meses. | | 0,00 meses | = 0,00 | | |
| CERTIFICADOS DE ANTECEDENTES | | | | | |

⁷ Esp. = Específica. Rel. = Relacionada.

| Antecedentes | Fecha de verificación | | | Código o método de verificación. | Resultado |
|----------------------|-----------------------|-----|------|--|------------|
| | Día | Mes | Año | | |
| Disciplinarios. | 30 | 03 | 2020 | Se verifica en página web en la fecha y se guarda en expediente. | Reporta. |
| Fiscales. | 30 | 03 | 2020 | Se verifica en página web en la fecha y se guarda en expediente. | Reporta. |
| Judiciales. | 30 | 03 | 2020 | Se verifica en página web en la fecha y se guarda en expediente. | Reporta. |
| Medidas correctivas. | 30 | 03 | 2020 | Se verifica en página web en la fecha y se guarda en expediente. | Reporta. |
| Profesionales. | | | | | No aplica. |
| Situación militar. | | | | | No aplica. |

2. De la prueba de competencias y conductas asociadas al cargo.

Luego de haberse agotado la etapa de prueba, reclamaciones y respuestas a reclamaciones del informe de competencias y conductas asociadas al cargo, se desprende que los únicos participantes que continúan en el proceso son los siguientes:

| Participante (Código) | Puntaje |
|-----------------------|---------|
| 05665CONV01002 | 86,25 |
| 05665CONV01008 | 75 |

3. De la valoración de conocimiento, experiencia y consolidación de prueba de competencias y conductas asociadas al cargo de los participantes que continúan en el proceso.

Conforme a lo dispuesto en el reglamento de la convocatoria, el puntaje obtenido por los participantes que continúan en el proceso se resume en el siguiente cuadro, así:

| PUNTAJE POR ESTUDIOS, EXPERIENCIA Y PRUEBA DE COMPETENCIAS Y CONDUCTAS ASOCIADAS AL CARGO | | | | | | |
|---|----------|-----------|--|------------------------------|---|--------|
| Participante | Estudios | | EXPERIENCIA | | Competencias y conductas asociadas al cargo | Total |
| | Formal | No formal | Específica (Más de 12 y menos de 60 meses) | Relacionada (Hasta 36 meses) | | |
| 05665CONV01002 | 0 | 0 | 8,17 | 35,00 | 86,25 | 129,42 |
| 05665CONV01008 | 14 | 4 | 35,00 | 0,00 | 75 | 128,00 |

4. Del informe definitivo del proceso.

Conforme a lo dispuesto por el reglamento de la convocatoria, de la siguiente lista, la alcaldesa municipal deberá seleccionar al gerente del Hospital OSCAR EMIRO VERGARA CRUZ del municipio de San Pedro de Urabá Antioquia.

| INFORME DEFINITIVO | |
|--------------------|--------|
| Participante | Total |
| 05665CONV01002 | 129,42 |
| 05665CONV01008 | 128,00 |

Dado el Medellín Antioquia, a los 04 días del mes de abril del año 2020.



CRISTIAN ANDRÉS RAMÍREZ MEJÍA
Representante Legal CORPOMÉRITO

| | | |
|-----------------------------|--------------------------------|------------------------|
| Verificó y proyectó: | Laura Carolina Figueroa Lopera | Abogada Corpomerito. |
| Revisó: | Charles Figueroa Lopera | Abogado – Corpomerito. |

CORPOMÉRITO
Justicia, derecho y democracia