

|                                                                                  |                                       |                     |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------|
|  | GESTION CONTRACTUAL                   | Código: A-GC-FR-026 |
|                                                                                  |                                       | Versión: 01         |
|                                                                                  | Constancia de Idoneidad y Experiencia | Fecha: 25/Sep/2015  |

CONSTANCIA DE IDONEIDAD Y EXPERIENCIA ARTICULO 2.2.1.2.1.4.9. DEL DECRETO 1082 DE 2015

EL SUSCRITO SECRETARIO DE SALUD  
DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA

HACE CONSTAR:

I.- Que de acuerdo con lo establecido en el artículo 2.2.1.2.1.4.9 del Decreto 1082 de 2015, se realizó la verificación de los requisitos mínimos exigidos en los Estudios Previos para la celebración del contrato de prestación de servicios profesionales, cuyo objeto es: *“Prestar apoyo profesional a la dirección de salud pública en la implementación de la estrategia de atención integral a las enfermedades prevalentes en la primera infancia e infancia con enfoque a la enfermedad respiratoria a través del fortalecimiento de acciones para la adopción de la Ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud para la primera infancia e infancia en el departamento de Cundinamarca en las regiones de salud asignadas.”*, con base en los documentos presentados por el (la) señor(a) **MARLENY GRASS ORTIZ**, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 60316755 expedida en CUCUTA así:

FORMACION ACADEMICA EXIGIDA EN LOS ESTUDIOS PREVIOS:

Formación Académica:

Profesional en:

Área del conocimiento: ciencias de la salud.

Núcleo Básico del conocimiento: terapias.

FORMACION ACADEMICA ACREDITADA PARA LA CONTRATACION:

| Títulos Obtenido o Nombre de los Estudios adelantados | Nombre de la Institución Educativa      | Fecha Terminación Materias | Fecha Grado | Tarjeta Profesional |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------|-------------|---------------------|
| BACHILLER                                             | LA ACADEMIA GRAN COLOMBIA DE CUCUTA     | 02-11-1984                 | 10-11-1984  |                     |
| TERAPEUTA RESPIRATORIA                                | Fundación Universitaria del Área Andina | 25-02-1998                 | 17-04-1998  | 60316755            |

EXPERIENCIA EXIGIDA EN LOS ESTUDIOS PREVIOS:

Tiempo de la experiencia (en meses): De 18 a 24 meses.

EXPERIENCIA ACREDITADA PARA LA CONTRATACION:

| Empresa o Entidad                | Área relacionada         | fecha ingreso | fecha de Retiro | Tiempo                    |
|----------------------------------|--------------------------|---------------|-----------------|---------------------------|
| HOSPITAL DE BOSA                 | TERAPIA RESPIRATORIA     | 07-03-2014    | 30-06-2014      | 4 MESES                   |
| CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ | TERAPIA RESPIRATORIA     | 01-06-2012    | 25-10-2013      | 1 AÑO , 4 MESES Y 25 DÍAS |
|                                  | 1 año, 8 meses y 25 días |               |                 |                           |

|                                                                                  |                                       |                     |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------|
|  | GESTION CONTRACTUAL                   | Código: A-GC-FR-026 |
|                                                                                  |                                       | Versión: 01         |
|                                                                                  | Constancia de Idoneidad y Experiencia | Fecha: 25/Sep/2015  |

Por lo anterior, una vez revisada y verificada la documentación presentada, me permito dejar constancia que la persona arriba mencionada e identificada CUMPLE con la IDONEIDAD Y EXPERIENCIA requerida en los ESTUDIOS PREVIOS.

La presente se expide en la ciudad de Bogotá a los 8 días del mes julio de 2021



GILBERTO ALVAREZ URIBE  
Secretario de Salud

**Aprobo:** Jhon Alexander Morera Gutierrez / Director de Salud Publica