

**CONSTANCIA DE IDONEIDAD Y EXPERIENCIA**
**CONSTANCIA DE IDONEIDAD Y EXPERIENCIA  
LA PERSONERA MUNICIPAL DE FUSAGASUGÁ  
HACE CONSTAR:**

Que de acuerdo con lo establecido en el artículo 2.2.1.2.1.4.9 del Decreto 1082 de 2015, o la norma que lo adicione o modifique, y con fundamento en el artículo 83 de la Constitución Política, el cual dispone que todas las actuaciones de los particulares y de las auditorías públicas deberán ceñirse a los postulados de la buena fe; se realizó la verificación de los requisitos exigidos en los Estudios Previos para la celebración del contrato de prestación de servicios (profesionales o de apoyo a la gestión) cuyo objeto es: "PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL CORRECTO DESARROLLO Y FUNCIONAMIENTO DE LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS Y MISIONALES DE LA PERSONERÍA MUNICIPAL DE FUSAGASUGÁ." con base en los soportes de la hoja de vida aportados por el (la) señor(a) PAULA ANDREA REINA BERMUDEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 1.069.758.172 de Fusagasugá, me permito dejar constancia que la persona arriba mencionada e identificada CUMPLE con la IDONEIDAD Y EXPERIENCIA requerida en los ESTUDIOS PREVIOS para desarrollar y ejecutar el objeto señalado así:

**FORMACIÓN ACADÉMICA EXIGIDA EN LOS ESTUDIOS PREVIOS:**

FORMACIÓN ACADÉMICA	ADMINISTRADOR DE EMPRESA
---------------------	--------------------------

**EXPERIENCIA EXIGIDA EN LOS ESTUDIOS PREVIOS:**

TIEMPO DE LA EXPERIENCIA (EN MESES)	"sin experiencia O o hasta 35 meses de experiencia relacionada debidamente certificada".
-------------------------------------	--

**FORMACIÓN ACADÉMICA ACREDITADA PARA LA CONTRATACIÓN:**

TÍTULOS OBTENIDOS O NOMBRE DE LOS ESTUDIOS ADELANTADOS	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA	FECHA TERMINACIÓN MATERIAS	FECHA DE GRADO	TARJETA PROFESIONAL
ADMINISTRADORA DE EMPRESAS	UNIVERSIDAD DE CUDNANAMRCA	11/09/2019	11/09/2019	128296

**EXPERIENCIA ACREDITADA PARA LA CONTRATACIÓN:**

ENTIDAD O EMPRESA CONTRATANTE	ÁREA RELACIONADA	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	TIEMPO DE EXPERIENCIA		
				DÍAS	MESES	AÑOS
ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ	ADMINISTRATIVA	4/02/2019	2/09/2019	0	7	0
ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ	ADMINISTRATIVA	7/01/2020	30/11/2020	23	10	0
ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ	ADMINISTRATIVA	1/01/2021	30/04/2021	0	4	0
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	PROFESIONAL ORIENTADORA	10/02/2023	31/12/2023	21	10	0
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	PROFESIONAL ORIENTADORA	1/10/2024	6/12/2024	5	2	0
PERSONERIA DE FUSAGASUGÁ	ADMINISTRATIVA	1/04/2025	30/04/2025	0	4	0
PERSONERIA DE FUSAGASUGÁ	ADMINISTRATIVA	21/08/2025	20/12/2025	0	4	0
<b>TOTAL TIEMPO DE EXPERIENCIA ACREDITADA</b>				<b>49</b>	<b>41</b>	<b>0</b>

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 Fusagasugá a los 15 días del mes de Enero de 2026.

  
**LIDIA MARCELA BOHORQUEZ CHAVEZ**  
**PERSONERA MUNICIPAL DE FUSAGASUGÁ**