## CONSTANCIA DE IDONEIDAD Y EXPERIENCIA

**LA SUSCRITA SECRETARIA DE SALUD**

**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 auditorias publicas 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 a la gestión) cuyo objeto es: **"PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN EL MARCO DE LA ADAPTACIÓN DE LA RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD CURSOS DE VIDA PRIMERA INFANCIA E INFANCIA DESDE LAS ACCIONES DE GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA EN LAS REGIONES DE SALUD ASIGNADAS DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA"**, con base en los soportes de la hoja de vida aportados por el (la) señor(a) **M ARTHA JANNETH HERRERA HERNANDEZ**, identificado(a) con cédula de ciudadanía número **51.911.135**, expedida en **BOGOTA D.C**, 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.

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

| | |
|---|---|
| FORMACIÓN ACADÉMICA | **Profesional en:**<br>**Area del conocimiento: Ciencias de la salud**<br>**Nucleo Basico del Conocimiento: Enfermeria** |

**EXPERIENCIA EXIGIDA EN LOS ESTUDIOS PREVIOS:**

| | |
|---|---|
| TIEMPO DE LA EXPERIENCIA (EN MESES) | **De 25 a 36 meses de experiencia Profesional** |

**FORMACIÓN ACADÉMICA ACREDITADA PARA LA CONTRATACIÓN:**

| TÍTULOS OBTENIDOS O NOMBRE DE LOS ESTUDIOS ADELANTADOS | NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA | FECHA TERMINACIÓN MATERIAS | FECHA GRADO | TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|
| BACHILLER ACADEMICO | COLEGIO ACADEMICO MARIA AUXILIADORA | 06 DE DICIEMBRE DEL 1986 | 06 DE DICIEMBRE DEL 1986 | |
| ENFERMERA | FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA | JUNIO DEL 2000 | 13 DE SEPTIEMBRE DEL 2000 | 51911135 |

**EXPERIENCIA ACREDITADA PARA LA CONTRATACIÓN:**

| ENTIDAD O EMPRESA CONTRATANTE | ÁREA RELACIONADA | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO | TIEMPO DE EXPERIENCIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | DÍAS | MESES | AÑOS |
| CLINICA DE LA MUJER GRUPO QUIRONSALUD | Servicio Asistencial | 1/03/2008 | 28/01/2022 | 27 | 10 | 13 |
| **TOTAL TIEMPO DE EXPERIENCIA ACREDITADA** | | | | 27 | 10 | 13 |

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, del mes enero de 2026.

**NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA**
**(Secretaria de salud)**

**Revisó: RICARDO ALBERTO PORRAS LOPEZ, Subdirección Gestión de Acciones en Salud Publica**