BENEFICENCIA DE CUNDINAMARCA	**PROCESO**: GESTIÓN CONTRACTUAL	**CÓDIGO:** FT-5100-07-01.11
	PROCEDIMIENTO: CONTRATACIÓN	**VERSIÓN**: 01
	FORMATO: VERIFICACION DE IDONEIDAD Y EXPERIENCIA DE PERSONA NATURAL	**FECHA**: 14/01/2025

OBJETO
Prestar los servicios profesionales a la Beneficencia de Cundinamarca en la Secretaría General con plena autonomía técnica y administrativa, para brindar apoyo en la preproducción, producción y postproducción de contenidos audiovisuales y fotográficos, con el fin de visibilizar la gestión institucional, el impacto social y los servicios prestados en los Centros de Protección de la Entidad.

FORMACIÓN ACADÉMICA (Registre los requisitos de formación exigidos en los estudios previos, para el cumplimiento del objeto y las obligaciones contractuales)	
ESTUDIOS(Cuando no sean profesionales)	
PROFESIÓN	Psicología y/o afines
ESPECIALIZACIÓN	Gerencia de la Calidad en Salud y/o psicología Clínica yo afines.
MAESTRÍA	
DOCTORADO	
POSDOCTORADO	

EXPERIENCIA (Indique el tipo y número de años de experiencia exigida en los ESTUDIOS PREVIOS, para el cumplimiento del objeto contractual)			
TIPO DE EXPERIENCIA	PROFESIONAL	**NÚMERO DE MESES**	de 5 a 10 meses

EVALUACIÓN					
NOMBRE	FLOR MONICA CAMACHO MONTAÑO			**C. C.**	52.299.718
FORMACIÓN ACADÉMICA CERTIFICADA					
NO PROFESIONAL				FECHA	
PROFESIÓN	**PSICOLOGA**				
FECHA DE GRADO	27/02/2002	**TARJETA PROFESIONAL**	3373	FECHA DE EXPEDICIÓN	**23/07/2002**
ESPECIALIZACIÓN	**Especialista en psicologia Clinica**			FECHA DE GRADO	**30/03/2004**
ESPECIALIZACIÓN	**Especialista en Gerencia de la Calidad en Salud**			FECHA DE GRADO	**28/04/2023**
MAESTRÍA				FECHA DE GRADO	
DOCTORADO				FECHA DE GRADO	
POSDOCTORADO				FECHA DE GRADO	

EXPERIENCIA CERTIFICADA							
ENTIDAD	**TIPO DE EXPERIENCIA** (De acuerdo con la descripción de los estudios previos)	**FECHAS** (día/mes/año)			**TOTALES**		
		INICIO	**FIN**	**TOTAL**			
Apoyos temporales	PROFESIONAL	5/04/2025	15/11/2025	0 años 7 meses 10 días	**0 años 7 meses 10 días**		
					0,611111111	**años**	
					7,333333333	**Meses**	
					220	**Días**	
CUMPLE		**SI X NO____**					

EVALUACIÓN DE IDONEIDAD Y EXPERIENCIA
fectuada la verificación de certificados de formación y experiencia presentados, se comprobó que FLOR MONICA CAMACHO MONTAÑO, identificada con C.C. 52299718 cuenta con la experiencia e idoneidad exigida para el cumplimiento del objeto y las obligaciones contractuales.

EQUIVALENCIAS
N/A

RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN			
NOMBRE	Lucila Caicedo Bernal	**CARGO**	Subgerente de Protección Social
FIRMA			
FECHA DE EVALUACIÓN	27/07/2026		