**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES O DE APOYO A LA GESTIÓN Nº \_ \_ \_ DE \_ \_ \_ \_**

|  |  |
| --- | --- |
| **CEDENTE** | **CESIONARIO** |
| **NOMBRE COMPLETO DEL CEDENTE** | **NOMBRE COMPLETO DEL CESIONARIO** |
| C.C. Nº ………de ………………. | C.C. Nº ………de ………………. |
| **FORMACIÓN ACADÉMICA** | **FORMACIÓN ACADÉMICA** |
| Título Pregrado:Fecha terminación de materias: (Cuando aplique para contar experiencia a partir de este requisito) Fecha de Grado: (Cuando aplique para contar experiencia a partir de este requisito)Fecha Expedición Tarjeta Profesional: (Cuando aplique para contar experiencia a partir de este requisito)Título Postgrado: | Título Pregrado:Fecha terminación de materias: (Cuando aplique para contar experiencia a partir de este requisito) Fecha de Grado: (Cuando aplique para contar experiencia a partir de este requisito)Fecha Expedición Tarjeta Profesional: (Cuando aplique para contar experiencia a partir de este requisito)Título Postgrado: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **EXPERIENCIA GENERAL** | **EXPERIENCIA RELACIONADA** | **TOTAL GENERAL** | **TOTAL RELACIONADA** | **EXPERIENCIA GENERAL** | **EXPERIENCIA RELACIONADA** | **TOTAL GENERAL** | **TOTAL RELACIONADA** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **TOTAL** |  | **\_ \_ años****\_ \_ meses****\_ \_ días** | **\_ \_ años****\_ \_ meses****\_ \_ días** |  |  | **\_ \_ años****\_ \_ meses****\_ \_ días** | **\_ \_ años****\_ \_ meses****\_ \_ días** |

De acuerdo con los requisitos mínimos exigidos en el Estudio Previo para la ejecución del contrato No. \_ \_ \_ de \_ \_ \_ \_, el cedente cuenta con \_ \_ (\_ \_) años, \_ \_ (\_ \_) meses y \_ \_ (\_ \_) días, de experiencia profesional relacionada con \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, y el cesionario reúne \_ \_ (\_ \_) años, \_ \_ (\_ \_) meses y \_ \_ (\_ \_) días, de experiencia profesional relacionada, cumpliendo así con lo exigido.

**FIRMA DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO,**

**NOMBRE COMPLETO**

**CARGO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Nombre** | **Cargo** | **Firma** |
| Proyectó |  |  |  |
| Revisó |  |  |  |
| Aprobó |  |  |  |
| Radicado N° | Expediente N° |
| Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales y/o técnicas vigentes y por lo tanto bajo nuestra responsabilidad lo presentamos para la firma del Director General |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ELABORÓ:**Adriana Portillo Trujillo**Jefe Oficina Asesora Jurídica.**Claudia Rocío Bonil Arias **Abogada Oficina Asesora Jurídica** | **REVISÒ:**Sirley Johanna Corredor Monsalve**Profesional de Calidad Oficina Asesora de Planeación** | **APROBÒ:**Jairo César Fúquene Ramos**Jefe Oficina Asesora Planeación** |