	DOCUMENTO DE IDONEIDA **DOCUMENTO DE REFEREN**
	En cumplimiento de lo señalado artículo 2.2.1.2.1.4.9 del Decreto Nacional 1082 de **Stefania Castellanos Salinas , identificado (a) con la cédula de ciudadanía N° 1 104 705** **con el objeto del contrato, de acuerdo con el perfil requerido de la siguiente manera**
REQUISITOS DE IDONEIDAD SEGÚN RESOLUCIÓN OO3 DE 2021: (pregrado profesional, Maestría)	**Administrador Publico con Especializacion en Gerencia de Proyectos 30,3 meses de e**
CATEGORÍA - NIVEL:	**CATEGORIA V NIVEL III**
Titulo Profesional /Institución de Educación Superior/fec	**1. Administrador de Empresas -Corporacion unificada nacional de eduacion superior (** **2. Especialista en Gerencia de Proyectos -Universidad del Tolima- 15 de Diciembre de**

Cálculo de experiencia



Empleador/ Contratante	**Número de Contrato (incluir el numero de contrato/nombramiento)**	**Objeto (Describir cargo/ objeto del Contrato)**	**FECHA INICIO**			
			Año	Mes	Día	Año

Escuela superior de Administracion Publica ESAP	O41	Prestar servicios profesionales para orientar y ejecutar tematicamente el desarrollo y acompañamiento en el componente de ordenamiento territorial y las tematicas asociadas, en el marco del programa integral de fortalecimiento academico y territorial ESAP en la terriotial Tolima.	2021	5	13	2021
Corporacion Para Nuestra Colombia		Directora de recursos humanos	2018	11	1	2019
Grupo Vial S.A.S		profesional en el area administrativa y operativa en los procesos de procesamiento y analisis de informacion en materia de transito	2016	6	4	2017

Nota: Para el cómputo de la experiencia no se se tendrán en cuenta los periodos de ejecucion simultá

Homologación de experiencia por

(inserte tantas filas de experiencia como r

En el evento de aplicarse el artículo 4 de la Resolución 003 del 2 de enero de 2020, indicar cual es el re

Se va a homologar experiencia por formación Si ( ) No ( ) :

Empleador/ Contratante	Número de Contrato (incluir el numero de contrato/nombramiento)	Objeto (Describir cargo/ objeto del Contrato)	FECHA INICIO			
			Año	Mes	Día	Año

Indique que homologación se realiza:

1. Título de posgrado: Maestría ( )
2. Título de posgrado: Especialización ( )
3. Título Profesional Adicional ( )
4. Título de Bachiller ( )

EL/LA CONTRATISTA CUMPLE CON LOS REQUISITOS EXIGIDOS, de acuerdo a la verificación del cumpl
de los estudios previos, previa comprobación por parte del área solicitante de la veracidad de dicho

Firma del Subdirector(a)/Jefe de O

Elaboró: (ingresar nombres y apellidos de quien elabora)

Revisó: (ingresar nombre y apellidos de quien le revisa al ordenador del gasto)

Aprobó: (ingresar nombres y apellidos completos y cargo del ordenador del gasto)

D Y EXPERIENCIA

CIA: PT-A-CT-07

2015, reglamentario de la Ley 80 de 1993 y de la Ley 1150 de 2007,
955 de Libano,Tolima acredita idoneidad y experiencia para cumplir
:

xperiencia)

Cun- 10 de junio del 2016
l 2017.

FECHA FIN		TOTAL		
Mes	Día	Años	Meses	Días

12	12	0	6	29
10	31	0	11	30
5	15	0	11	11
		0	0	0
		0	0	0
		0	0	0

		0	0	0
		0	0	0
		0	**28**	**70**
		0	**28**	**2,33333333**
Total meses de experiencia			**30,3**	

nea, traslapo, o doble tiempo de ejecución.

formación

equiera)

quisito que se homologa y describir la forma y términos de su homologac

FECHA FIN		TOTAL		
Mes	Día	Años	Meses	Días
		0	0	0
		0	0	0
		0	0	0
		0	0	0
		0	0	0
		0	0	0
		0	**0**	**0**

	0	0	0
Total meses de experiencia	0		

limiento de los requisitos de idoneidad y experiencia exigidos dentro
s documentos con los cuales soporta su idoneidad y su experiencia.

ficina