CERTIFICADO DE IDONEIDAD Y EXPERIENCIA

JOSEFA MARINA BARROS DE LA HOZ, en mi calidad de **Coordinadora Grupo Asistencia Técnica del ICBF Regional Bolívar**, certifico que **ALEXANDER ROMERO MONTERO** identificado(a) con cedula de ciudadanía No. 73.005.925 **expedida en Cartagena**, cumple con los requisitos de formación y experiencia señalados en el Estudio Previo que hace parte integral del presente proceso contractual identificado con SITCO No. **188864** como se evidencia a continuación:

1. TRÁMITE DE CONSULTA AL BANCO DE HOJAS DE VIDA

a. Estudio sobre aplicación de excepciones

EXCEPCIÓN	APLICA	JUSTIFICACIÓN
Cuando se identifique que las personas naturales que actualmente ejecutan Contratos de Prestación de Servicios o de Apoyo a la Gestión cuentan con la idoneidad y experiencias requeridas para ejecutar los contratos que se identifiquen en el Plan Anual de Adquisiciones	**SI**	**El futuro contratista ha ejecutado contratos prestación de servicios profesionales en vigencias anteriores en el ICBF Regional Bolívar desde el año 2014 hasta el año 2019, y luego estuvo vinculado en cargo provisional desde el 2019 hasta el 2023, por lo tanto, cuenta con la idoneidad y experiencia requerida para ejecutar la futura contratación.**
Contratos de prestación de servicios profesionales de personal de que corresponda a la categoría I de la "Tabla de Referencia de Honorarios Contratistas prestación de Servicios y Apoyo a la Gestión" del ICBF, siempre que las obligaciones contractuales requieran alto grado de experticia, alto nivel de confidencialidad de la información	**N/A**	**N/A**

b. Consulta en el Banco de Hojas de Vida

De acuerdo con lo indicado en el literal a, no se hace necesaria la consulta al Banco de Hojas de Vida.

c. Análisis de la(s) hoja(s) de vida recibida(s)

N/A

d. Entrevista

CLASIFICADA

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÌTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

N/A

2. FORMACIÓN

NIVEL	**PROFESIONAL**		
TÍTULO(S) DE FORMACIÓN REQUERIDO(S)	**Pregrado**	**Psicólogo**	
	Posgrado	**N/A**	
TÍTULO(S) DE FORMACIÓN APORTADO(S)	**Título**	**Copia del título pregrado en PSICOLOGO**	
	Institución Educativa, Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano o de Educación Superior que otorga el título	**UNIVERSIDAD SAN BUENAVENTURA**	
	Fecha de terminación del pénsum académico	**N/A**	
	Fecha de grado		
	Resolución de Convalidación	**N/A**	
TARJETA O MATRÍCULA PROFESIONAL	**119455 DEL 2011**		
ANTECEDENTES PROFESIONALES	**TRIBUNALES DEONTOLOGICOS Y BIOETICOS DE PSICOLOGIA 01/02/2024**		
EQUIVALENCIAS APLICADAS	**N/A**		
RESULTADO	**CUMPLE**		

3. EXPERIENCIA

CONDICIONES	EXPERIENCIA REQUERIDA
TIPO DE EXPERIENCIA	**N/A**
MESES MÍNIMOS	**N/A**
MESES DE EXPERIENCIA RELACIONADA	**N/A**

Se deja constancia de que se revisaron y validaron los soportes de experiencia conforme a la información que se presenta a continuación:

CLASIFICADA

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÌTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Pulsar dos veces la tabla para editar la información

TOTAL EXPERIENCIA ACREDITADA (en meses)	N/A
EXPERIENCIA LABORAL ACREDITADA (en meses)	N/A
EXPERIENCIA PROFESIONAL ACREDITADA (en meses)	N/A
EXPERIENCIA DOCENTE ACREDITADA (en meses)	N/A
EXPERIENCIA ANCESTRAL ACREDITADA (en meses)	N/A
TOTAL EXPERIENCIA RELACIONADA ACREDITADA (en meses)	N/A

No.	Empleador/Contratante	Inicio	Terminación	Días	Observaciones	Tipo (Laboral, Profesional, Docente, Ancestral)	Relacionada (SI/NO)
1				0	N/A		
2				0	N/A		
3				0	N/A		
4				0	N/A		
5				0	N/A		
6				0	N/A		
7				0	N/A		
8				0	N/A		
9				0	N/A		
10				0	N/A		
11				0	N/A		
12				0	N/A		

3.1. Relación de equivalencias aplicadas

N/A

4. OTROS REQUISITOS COMPLEMENTARIOS

N/A

En constancia de lo anterior se firma el presente documento en la ciudad de **Cartagena de Indias D.T. y C.**, a los **29** días de **enero** de **2024.**

Firma:	
Nombre del Jefe o Director de la dependencia líder de la necesidad:	**JOSEFA MARINA BARROS DE LA HOZ**
Cargo:	**Coordinadora Grupo Asistencia Técnica**
Oficina o Dirección líder de la	**Grupo Asistencia Técnica**

CLASIFICADA

necesidad:	

Proyectó: JOSEFA MARINA BARROS DE LA HOZ – PLANTA P.U.

CLASIFICADA