CERTIFICADO DE IDONEIDAD Y EXPERIENCIA

CATALINA GARCIA ROBLEDO en mi calidad de COORDINADORA DEL GRUPO DE ATENCIÓN EN CICLOS DE VIDA Y NUTRICION, certifico que **JUAN MANUEL ORREGO MONSALVE** identificado(a) con Cedula de Ciudadanía No. 71.225.680 expedida en Bello, 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. **184550** 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	La persona ha ejecutado contratos de prestación de servicios con la entidad y cuenta con la idoneidad y experiencia requerida para prestar sus servicios.
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	NO	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

N/A

2. FORMACIÓN

NIVEL	**PROFESIONAL**		
TÍTULO(S) DE FORMACIÓN REQUERIDO(S)	**Pregrado**	Nutrición y dietética	
	Posgrado	**N/A**	
TÍTULO(S) DE FORMACIÓN APORTADO(S)	**Título**	Nutricionista Dietista	
	Institución Educativa, Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano o de Educación Superior que otorga el título	Universidad de Antioquia	
	Fecha de terminación del pénsum académico	**05/08/2005**	
	Fecha de grado	**05/08/2005**	
	Resolución de Convalidación	**N/A**	
TARJETA O MATRÍCULA PROFESIONAL	**MND 06369 del 29/07/2016**		
ANTECEDENTES PROFESIONALES	N/A		
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.

*De conformidad con la Resolución 6747 de octubre de 2023, el aspirante no requiere certificar experiencia.

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

CLASIFICADA

Pulsar dos veces la tabla para editar la información

TOTAL EXPERIENCIA ACREDITADA (en meses)	0
EXPERIENCIA LABORAL ACREDITADA (en meses)	0
EXPERIENCIA PROFESIONAL ACREDITADA (en meses)	0
EXPERIENCIA DOCENTE ACREDITADA (en meses)	0
EXPERIENCIA ANCESTRAL ACREDITADA (en meses)	0
TOTAL EXPERIENCIA RELACIONADA ACREDITADA (en meses)	0

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

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 **Medellín** a los **30** días de **enero** de 20**24.**

Firma:	
Nombre del Jefe o Director de la dependencia líder de la necesidad:	**CATALINA GARCIA ROBLEDO**
Cargo:	Coordinadora Grupo de Atención en Ciclos de Vida y Nutrición.
Oficina o Dirección líder de la necesidad:	Grupo de Atención en Ciclos de Vida y Nutrición.

CLASIFICADA