CERTIFICADO DE IDONEIDAD Y EXPERIENCIA

ROBERTO CARLOS CARRILLO CASTRO, en mi calidad de **Coordinador Centro Zonal Hipódromo** certifico que **KATHERYN LISBETH MEJIA CARMONA** identificado(a) con cédula de ciudadanía número 1.040.852.800 de Soledad, 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. **187177** 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	Se venia ejecutando el contrato 08003092023 con Objeto y obligaciones similares
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

N/A

2. FORMACIÓN

NIVEL	**PROFESIONAL**		
TÍTULO(S) DE FORMACIÓN REQUERIDO(S)	**Pregrado**	**NBC: PSICOLOGA**	
	Posgrado	N/A	
TÍTULO(S) DE FORMACIÓN	**Título**	**PSICOLOGA**	
	Institución Educativa,		**UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR**

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

APORTADO(S)	**Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano o de Educación Superior que otorga el título**		
	Fecha de terminación del pénsum académico	**10/12/2015**	
	Fecha de grado	**10/12/2015**	
	Resolución de Convalidación	**N/A**	
TARJETA O MATRÍCULA PROFESIONAL	**160735**		
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

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			

CLASIFICADA

Nota 1: cuando se hayan desarrollado actividades o ejecutado contratos o cargos de manera simultánea, se contabilizará la experiencia por una sola vez, no se podrán contabilizar traslapos.
Nota 2: si la experiencia a acreditar es con la entidad, no se podrá exigir certificación. Bastará con que la hoja de vida de la plataforma SIGEP indique el número de contrato y la entidad validará en sus registros la información respectiva.
Nota 3: la experiencia profesional se contará a partir de la terminación y aprobación del pénsum académico de educación superior, para lo cual el futuro contratista deberá anexar el documento que así lo acredite, de lo contrario la experiencia profesional se contabilizará a partir de la obtención del título profesional. Para las profesiones relacionadas con el sistema de seguridad social en salud, la experiencia profesional se contará a partir de la inscripción o registro profesional.

3.1. Relación de equivalencias aplicadas

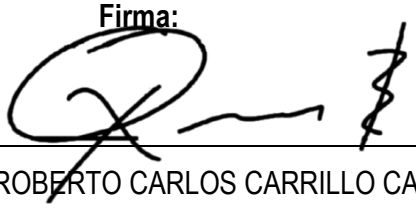
N/A

4. OTROS REQUISITOS COMPLEMENTARIOS

N/A

En constancia de lo anterior se firma el presente documento en la ciudad de **SOLEDAD** al **VEINTIDOS (22)** día de **FEBRERO** de 20**24.**

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

Firma: 	
Nombre del Jefe o Director de la dependencia líder de la necesidad:	ROBERTO CARLOS CARRILLO CASTRO
Cargo:	COORDINADOR CENTRO ZONAL HIPODROMO
Oficina o Dirección líder de la necesidad:	CENTRO ZONAL HIPODROMO

Proyectó: Roberto Carlos Carrillo Castro – Coordinador CZ Hipódromo

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