CERTIFICADO DE IDONEIDAD Y EXPERIENCIA

MARTHA LUCIA CHARRIS ROLONG en mi calidad de **Coordinadora Del Centro Zona Sabanalarga**, certifico que **MARIA PAOLA BARANDICA** identificado(a) con **Cedula de Ciudadanía** No. **1.043.010.383**, 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. 204328 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 profesional relacionado ejecuto el contrato N° 08000502023, por lo cual se considera idoneidad.
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)

No aplica

CLASIFICADA

d. Entrevista

No aplica

2. FORMACIÓN

NIVEL	**PROFESIONAL**		
TÍTULO(S) DE FORMACIÓN REQUERIDO(S)	**Pregrado**	**PSICOLOGIA**	
	Posgrado	N/A	
TÍTULO(S) DE FORMACIÓN APORTADO(S)	**Título**	**PSICOLOGO**	
	Institución Educativa, Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano o de Educación Superior que otorga el título	**UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL CARIBE**	
	Fecha de terminación del pénsum académico	**26 DE NOVIEMBRE DEL 2016**	
	Fecha de grado	**6 DE DICIEMBRE 2016**	
	Resolución de Convalidación	**N/A**	
TARJETA O MATRÍCULA PROFESIONAL	**184203 Fecha de Expedición: 01/06/2018**		
ANTECEDENTES PROFESIONALES	**NINGUNO**		
EQUIVALENCIAS APLICADAS	NINGUNO		
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:

Pulsar dos veces la tabla para editar la información

TOTAL EXPERIENCIA ACREDITADA (en meses)	44

CLASIFICADA

EXPERIENCIA LABORAL ACREDITADA (en meses)	44
EXPERIENCIA PROFESIONAL ACREDITADA (en meses)	44
EXPERIENCIA DOCENTE ACREDITADA (en meses)	0
EXPERIENCIA ANCESTRAL ACREDITADA (en meses)	0
TOTAL EXPERIENCIA RELACIONADA ACREDITADA (en meses)	44

No.	Empleador/Contratante	Inicio	Terminación	Días	Observaciones	Tipo (Laboral, Profesional, Docente, Ancestral)	Relacionada (SI/NO)
1	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	22/01/2020	31/12/2020		APOYO A LA SUPERVISION	PROFESIONAL	SI
2	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	8/01/2021	31/12/2021		ENLACE DE SEGUIMIENTO	PROFESIONAL	SI
3	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	7/01/2022	31/12/2022		ENLACE DE SEGUIMIENTO	PROFESIONAL	SI
4	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	17/01/2023	31/12/2023		ENLACE DE SEGUIMIENTO	PROFESIONAL	SI
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							

3.1 Relación de equivalencias aplicadas

No aplica

4. OTROS REQUISITOS COMPLEMENTARIOS

No aplica

En constancia de lo anterior se firma el presente documento en la ciudad de Sabanalarga a los **29** días del mes de Junio de 2.024

Firma:	
Nombre del Jefe o Director de la dependencia líder de la necesidad:	MARTHA LUCIA CHARRIS ROLONG
Cargo:	COORDINADORA
Oficina o Dirección líder de la necesidad:	CENTRO ZONAL SABANALARGA

Proyectó: Martha Lucia Charris Rolong

CLASIFICADA