CERTIFICADO DE IDONEIDAD Y EXPERIENCIA

MARIA ANTONIETA PLATA MONTAÑO, en mi calidad de **Coordinadora Grupo de Asistencia Técnica,** certifico que **Karoll Gonzalez Diaz** identificada(o) con la Cedula de ciudadanía 1007899094, 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. 223865 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 Profesional viene ejecutando contrato de prestación de servicio en el segundo semestre de la vigencia 2024.
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

N/A

2. FORMACIÓN

CLASIFICADA

NIVEL	**PROFESIONAL**		
TÍTULO(S) DE FORMACIÓN REQUERIDO(S)	**Pregrado**	**Ciencias_sociales_y_humanas**	
	Posgrado	**N/A**	
TÍTULO(S) DE FORMACIÓN APORTADO(S)	**Título**	**Psicólogo**	
	Institución Educativa, Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano o de Educación Superior que otorga el título	**Universidad Cooperativa de Colombia**	
	Fecha de grado	**18 de septiembre 2020**	
	Resolución de Convalidación		
TARJETA O MATRÍCULA PROFESIONAL	**222231**		
ANTECEDENTES PROFESIONALES	**27 DE ENERO 2025**		
EQUIVALENCIAS APLICADAS	**N/A**		
RESULTADO	**CUMPLE**		

3. EXPERIENCIA

CONDICIONES	EXPERIENCIA REQUERIDA
TIPO DE EXPERIENCIA	**N/A**
MESES MÍNIMOS	**0**
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			

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 Santa Marta a los veintisiete (27) días del mes de enero del 2025.

FIRMA	
Nombre del Jefe o Director de la dependencia líder de la necesidad:	MARIA ANTONIETA PLATA MONTAÑO
Cargo:	Profesional Universitario 2044-10 con Funciones de Coordinadora Grupo Asistencia Técnica ICBF Regional Magdalena
Oficina o Dirección líder de la necesidad:	Grupo de Asistencia Técnica

Proyectó y reviso: MARIA ANTONIETA PLATA MONTAÑO- Profesional Universitario 2044-10 con Funciones de Coordinadora Grupo Asistencia Técnica ICBF Regional Magdalena.

Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!

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

CLASIFICADA