CERTIFICADO DE IDONEIDAD Y EXPERIENCIA

LUZ EMIR ASPRILLA ORENO , en mi calidad de **Coordinadora del Grupo de Asistencia Técnica** certifico que **PIEDAD VILORIA GALLARDO ,** identificada con **Cédula de Ciudadanía** No. **32831906 expedida en Baranoa,** 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. **222142** 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 proveedor ha ejecutado Contratos con el ICBF en el año 2024 con obligaciones similares al objeto a contratar
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 a 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

CLASIFICADA

2. FORMACIÓN

NIVEL	**PROFESIONAL**		
TÍTULO(S) DE FORMACIÓN REQUERIDO(S)	**Pregrado**	**TRABAJO SOCIAL**	
	Posgrado	**N/A**	
TÍTULO(S) DE FORMACIÓN APORTADO(S)	**Título**	**TRABAJADORA SOCIAL**	
	Institución Educativa, Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano o de Educación Superior que otorga el título	**UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR**	
	Fecha de terminación del pénsum académico	**10/12/1996**	
	Fecha de grado	**24/07/1997**	
	Resolución de Convalidación	**N/A**	
TARJETA O MATRÍCULA PROFESIONAL	**327233214-1**		
ANTECEDENTES PROFESIONALES	**N/A**		
EQUIVALENCIAS APLICADAS	**N/A**		
RESULTADO	**CUMPLE**		

3. EXPERIENCIA

CONDICIONES	EXPERIENCIA REQUERIDA
TIPO DE EXPERIENCIA	TRABAJADORA SOCIAL
MESES MÍNIMOS	+ 0 – 11 meses
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)	166
EXPERIENCIA LABORAL ACREDITADA (en meses)	166
EXPERIENCIA PROFESIONAL ACREDITADA (en meses)	0
EXPERIENCIA DOCENTE ACREDITADA (en meses)	0
EXPERIENCIA ANCESTRAL ACREDITADA (en meses)	0
TOTAL EXPERIENCIA RELACIONADA ACREDITADA (en meses)	166

No.	Empleador/Contratante	Inicio	Terminación	Días	Observaciones	Tipo (Laboral, Profesional, Docente, Ancestral)	Relacionada (SI/NO)
1	ALCALDIA DE BARANOA	1/03/1997	31/10/2001	1680			
2	ESE HOPSITAL DE BARANOA	15/08/2009	31/12/2009	136			
3	CRUZ ROJA COLOMBIANA	18/01/2010	29/04/2011	461			
4	SECRETARIADO DE PASTORAL SOCI	1/01/2012	31/10/2014	1020			
5	FUNDACION DESARROLLO Y VIDA	1/07/2015	31/12/2015	180			
6	FUNDACION DESARROLLO Y VIDA	2/05/2016	15/12/2016	223			
7	ALCALDIA DE BARANOA	9/11/2017	30/06/2018	231			
8	ALCALDIA DE BARANOA	8/01/2019	7/11/2019	299			
9	FUNDACION RAZON SOCIAL CORAZ	1/04/2020	30/09/2020	179			
10	ALCALDIA DE BARRANQUILLA	21/07/2021	31/12/2021	160			
11	ALCALDIA DE BARRANQUILLA	13/01/2022	31/07/2022	198			
12	ALCALDIA DE BARRANQUILLA	25/04/2023	24/08/2023	119			

CLASIFICADA

1.Relación de equivalencias aplicadas

NA

4. OTROS REQUISITOS COMPLEMENTARIOS

N/A

En constancia de lo anterior se firma el presente documento en la ciudad de Barranquilla a los 06 días del mes de febrero de 2025.

Firma: Luz Emir Asprilla	
Nombre del Jefe o Director de la dependencia líder de la necesidad:	**LUZ EMIR ASPRILLA MORENO**
Cargo:	**COORDINADORA ASISTENCIA TÉCNICA**
Oficina o Dirección líder de la necesidad:	**REGIONAL ATLÁNTICO**

Proyectó: Luz Emir Asprilla/Coordinadora Grupo Asistencia Técnica

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