CERTIFICADO DE IDONEIDAD Y EXPERIENCIA

CATALINA GARCIA ROBLEDO, en mi calidad de **COORDINADORA del Grupo de Atención en Ciclos de Vida y Nutrición**, certifico que **DAMARIS ARIAS HENAO** identificado(a) con **C.C.** No. **1047968677,** cumple con los requisitos de formación y experiencia señalados en el Estudio Previo que hace parte integral del presente proceso contractual, identificado con el número de necesidad 438 consignado en la matriz F1.P2.ABS formato relación de necesidades por prestación de servicios -NAS, de la presente área Grupo de Atención en Ciclos de Vida y Nutrición, 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 tal como se evidencia en el contrato 05010382025 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

N/A

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

2. FORMACIÓN

NIVEL	PROFESIONAL	
TÍTULO(S) DE FORMACIÓN REQUERIDO(S)	**Pregrado**	**Ciencias Educación** **Profesional en alguno de los siguientes Núcleos Básico de Conocimiento: Pedagogía o Licenciaturas (preferiblemente en: pedagogía infantil, educación infantil, educación especial, educación comunitaria, educación artística, educación rural, ciencias sociales, ciencias naturales) o psicopedagogo.**
	Posgrado	**N/A**
TÍTULO(S) DE FORMACIÓN APORTADO(S)	**Título**	**LICENCIADA EN EDUCACION PREESCOLAR**
	Institución Educativa, Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano o de Educación Superior que otorga el título	**TECNCOLOGICO DE ANTIOQUIA**
	Fecha de terminación del pénsum académico	**N/A**
	Fecha de grado	**28/09/2018**
	Resolución de Convalidación	**N/A**
TARJETA O MATRÍCULA PROFESIONAL	**N/A**	
ANTECEDENTES PROFESIONALES	**N/A**	
EQUIVALENCIAS APLICADAS	**N/A**	
RESULTADO	**CUMPLE**	

3. EXPERIENCIA

CONDICIONES	EXPERIENCIA REQUERIDA
TIPO DE EXPERIENCIA	PROFESIONAL
MESES MÍNIMOS	Experiencia mínima de once (11) meses en el trabajo con comunidades.
MESES DE EXPERIENCIA RELACIONADA	Al menos ocho (8) meses de experiencia relacionada en el diseño e implementación de programas de acompañamiento a niñas, niños, adolescentes, jóvenes y familias.

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

	Con experiencia relacionada en el diseño de metodologías participativas y territoriales.

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

EXPERIENCIA LABORAL ACREDITADA (en meses)	0
EXPERIENCIA PROFESIONAL ACREDITADA (en meses)	11,7333
EXPERIENCIA DOCENTE ACREDITADA (en meses)	0
EXPERIENCIA ANCESTRAL ACREDITADA (en meses)	0
TOTAL EXPERIENCIA RELACIONADA ACREDITADA (en meses)	11,7333

No.	Empleador/Contratante	Inicio	Terminación	Días	Observaciones	Tipo (Laboral, Profesional, Docente, Ancestral)	Relacionada (SI/NO)
1	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENEST.	18/06/2025	31/08/2025	73		Profesional	SI
2	MUNICIPIO SONSON	13/08/2024	23/12/2024	130		Profesional	SI
3	MUNICIPIO SONSON	16/02/2024	15/07/2024	149		Profesional	SI
4				0			
5				0			
6				0			
7				0			
8				0			
9				0			
10				0			
11				0			
12				0			
13				0			
14				0			

3.1. Relación de equivalencias aplicadas

N/A.

4. OTROS REQUISITOS COMPLEMENTARIOS

N/A.

El presente documento se entiende suscrito por el líder de la necesidad con la radicación del memorando de solicitud de contratos de prestación de servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión del Grupo de Atención en Ciclos de Vida y Nutrición ante el Grupo Jurídico de la Regional Antioquia sin que sea necesaria su firma adicional.

Proyectó: Aileen Zuleny Calderón Bolaño - Profesional Universitario – Grupo de Atención en Ciclos de Vida y Nutrición

¡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