Escuela Superior de Administración Pública	FORMATO CERTIFICADO DE IDONEIDAD	CÓDIGO:	BS-FO-033
		VERSIÓN:	3
		FECHA:	30/12/2025

Proceso: Adquisición de Bienes y Servicios

Documento de referencia: Procedimiento de la contratación BS-PT-002

En cumplimiento de lo señalado artículo 2.2.1.2.1.4.9 del Decreto Nacional 1082 de 2015, reglamentario de la Ley 80 de 1993 y de la Ley 1150 de 2007, el(la) suscrito(a) certifica que el(la) candidato(a) relacionado(a) a continuación, cumple el perfil requerido (educación y experiencia) y acredita idoneidad para cumplir con el objeto del contrato, de la siguiente manera:

Nombres y apellidos	MARIBEL ROMERO CASTAÑEDA	**Documento de identificación**	20989749
REQUISITOS DE IDONEIDAD **Validar SEGÚN RESOLUCIÓN DE HONORARIOS VIGENTE** (Formación académica y experiencia)	PERFIL MÍNIMO: TÍTULO TÉCNICO, TÍTULO BACHILLER Y DE 0 A 12 MESES DE EXPERIENCIA LABORAL "TT+TB+(0-12 MEL)"		
PERFIL	Técnico	**NIVEL**	Técnico - Nivel 1

Formación perfil mínimo
(inserte tantas filas como requiera)

Bachiller	1. Bachiller Técnico, Colegio Técnico Departamental FIDEL CANO, 07 de diciembre de 2001.		
Pregrado	2. Administradora Pública, Escuela Superior de Administración Pública - ESAP, 30 de septiembre de 2022.	**Expedición Tarjeta profesional**	1239334-T
Posgrado			

Cálculo de experiencia perfil mínimo
(inserte tantas filas de experiencia como requiera)

Nota: Para el cómputo de la experiencia no se se tendrán en cuenta los periodos de ejecucion simultánea, traslapo, o doble tiempo de ejecución.
Ingresar únicamente la experiencia que resulte aplicable al perfil mínimo a contratar.

Empleador/Contratante	Número de Contrato (incluir el numero de contrato/nombramiento)	Objeto (Describir cargo/ objeto del Contrato)	FECHA INICIO			FECHA FIN			TOTAL		
			Año	Mes	Día	Año	Mes	Día	Años	Meses	Días
ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACIÓN PUBLICA - ESAP	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS APOYO A LA GESTION No. CUN 079-2025.	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO AL CENTRO DE TUTORÍA EN EL MUNICIPIO DE LA MESA EN EL PROGRAMA DE APT DE LA TERRITORIAL CUNDINAMARCA EN EL PERIODO ACADEMICO 2025	2025	3	21	2025	12	19	0	8	28
CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR "COLSUBISIDIO"	CONTRATO INDEFINIDO	AUXILIAR	2020	3	9	2024	12	31	4	9	22
									0	0	0
									0	0	0
									4	**17**	**50**
									48	**17**	**1,6667**
								Total meses de experiencia		**66,7**	

Homologación de experiencia ó formación adicional a la aportada para el cumplimiento del perfil mínimo, de acuerdo con la resolución de honorarios vigente y la normatividad aplicable.
(inserte tantas filas de experiencia como requiera)

Se va a homologar experiencia por formación ( )
Se va a homologar formación por experiencia ( )

TITULO (Formación o experiencia adicional)	EQUIVALENCIA
Administradora Pública **Escuela Superior de Administración Pública - ESAP.**	POR: **Título de Formación Técnica (TT)**

Nota: Para el cómputo de la experiencia no se se tendrán en cuenta los periodos de ejecucion simultánea, traslapo, o doble tiempo de ejecución.
Ingrese a continuación, únicamente la experiencia adicional a la relacionada en el perfil mínimo, que resulte aplicable con la homologación solicitada.

Empleador/Contratante	Número de Contrato (incluir el numero de contrato/nombramiento)	Objeto (Describir cargo/ objeto del Contrato)	FECHA INICIO			FECHA FIN			TOTAL		
			Año	Mes	Día	Año	Mes	Día	Años	Meses	Días
									0	0	0
									0	0	0
									0	0	0
									0	0	0
									0	**0**	**0**
									0	**0**	**0**
								Total meses de experiencia para homologación		**0,0**	

NOTA: La información aquí relacionada debe estar registrada y con soporte documental en el **SIGEP**, lo cual deberá corresponder con los certificados académicos y laborales radicados para acreditar la idoneidad en el trámite contractual.

EL(LA) CANDIDATO (A) CUMPLE CON LOS REQUISITOS EXIGIDOS, de acuerdo a la verificación del perfil (cumplimiento de los requisitos de formación académica y experiencia) exigidos dentro de los estudios previos, previa comprobación por parte del área solicitante de la veracidad de dichos documentos con los cuales soporta y certifica su IDONEIDAD.	**Firma del Subdirector(a)/Jefe de Oficina que solicita la contratación**

Elaboró: Angélica María Capera Tovar, Profesional Especializado
Revisó: Juliana Santos Ortiz / Abogada Contratista
Aprobó: Nelson Ricardo Riveros Piñeros / Profesional Especializado

Verificado por la Dirección de Contratación o el profesional jurídico en la Dirección Territorial según corresponda, procedimiento que se entiende surtido con la publicación del contrato en la plataforma SECOP II por el usuario designado.