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

OLGA LUCIA AARIAS AVILA

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** | OLGA LUCIA ARIAS AVILA | **Documento de identificación** | 23.964.433 |
|---|---|---|---|

| **REQUISITOS DE IDONEIDAD**<br>**Validar SEGÚN RESOLUCIÓN DE HONORARIOS VIGENTE**<br>(Formación académica y experiencia) | PERFIL MÍNIMO: (ingrese el Titulo y número de meses de experiencia profesional de conformidad con la Resolución vigente que regula los criterios para establecer los honorarios. |
|---|---|

| **PERFIL** | Indicar si es asistencial, técnico, tecnologo, profesional o asesor | **NIVEL** | Nivel según Resolución de honorarios vigente |
|---|---|---|---|

**Formación perfil mínimo**
(inserte tantas filas como requiera)

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Bachiller** | 3. Posgrado:ESPECIALISTA EN GESTION PUBLICA, Instituciòn de Educación Superior: ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACION PUBLICA, fecha de grado: 02/10/1998 . | | |
| **Pregrado** | 2. Título Profesional: ADMINISTRADORA DE EMPRESAS, Institución de Educación Superior: UNIVERSIDAD PEDAGOGICA Y TECNOLOGICA DE COLOMBIA, fecha de terminación de materias: 29/06/1990 y fecha de grado: 02/07/1993 | **Expedición Tarjeta profesional 17569** | 4/08/1998 |
| **Posgrado** | 3. Posgrado:ESPECIALISTA EN GESTION PUBLICA, Instituciòn de Educación Superior: ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACION PUBLICA, fecha de grado: 02/10/1998 . | | |

**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 ADMINISTRACION PUBLICA | 61 | Prestar servicios profesionales en el proceso de proyección y extensión como docente capacitador en la temática | 2025 | 3 | 6 | 2025 | 11 | 30 | 0 | 8 | 24 |
| ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACION PUBLICA | 57 | Prestar servicios profesionales como docente capacitador en la temática fortalecimiento de las capacidades administrativas | 2024 | 3 | 20 | 2024 | 11 | 30 | 0 | 8 | 10 |
| ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACION PUBLICA | 81 | Prestar servicios profesionales para el desarrollo del proceso de capacitación en la temática Evaluación de Desempeño para la | 2022 | 1 | 27 | 2022 | 7 | 26 | 0 | 5 | 29 |
| ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACION PUBLICA | 76 | Prestar servicios profesionales para el desarrollo del proceso de capacitación en las temáticas de Auditoría Interna de Calidad y | 2021 | 7 | 22 | 2021 | 11 | 22 | 0 | 4 | 0 |
| INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR | 367 | Prestar los servicios profesionales como Referente de Centro Zonal de la Regional Boyacá en el marco de la Subdirección de Articulación Territorial del Sistema Nacional de Bienestar Familiar, | 2020 | 10 | 30 | 2020 | 12 | 29 | 0 | 1 | 29 |
| INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR | 46 | Prestar los servicios profesionales como Referente de Centro Zonal de la Regional Boyacá en el marco de la Subdirección de Articulación Territorial del Sistema Nacional de Bienestar Familiar, | 2020 | 1 | 15 | 2020 | 10 | 14 | 0 | 8 | 29 |
| INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR | 133 | Prestar los servicios profesionales como Referente del Centro Zonal Duitama de la Regional Boyacá en el marco de la Subdirección de Articulación Territorial del Sistema Nacional de Bienestar Familiar, | 2019 | 1 | 22 | 2019 | 12 | 30 | 0 | 11 | 8 |
| INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR | 66 | Prestar los servicios profesionales como Referente del Centro Zonal Duitama de la Regional Boyacá en el marco de la Subdirección de Articulación Territorial del Sistema Nacional de Bienestar Familiar, | 2018 | 1 | 22 | 2018 | 12 | 30 | 0 | 11 | 8 |
| INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR | 130 | Prestar los servicios profesionales como Referente del Centro Zonal Duitama de la Regional Boyacá en el marco de la Subdirección de Articulación Territorial del Sistema Nacional de Bienestar Familiar, | 2017 | 2 | 9 | 2017 | 12 | 23 | 0 | 10 | 14 |
| INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR | TEMPORAL | ProfesionalUniversitariocCon funciones de Aseguramiento de la Calidad, asignada a la Dirección Regional del ICBF. | 2015 | 1 | 19 | 2016 | 12 | 31 | 1 | 11 | 12 |
| INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR | SUPERNUMERARIO | Profesional Universitario con funciones de Aseguramiento de la Calidad, asignada a la Dirección Regional del ICBF. | 2012 | 1 | 10 | 2014 | 7 | 31 | 2 | 6 | 21 |
| INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR | SUPERNUMERARIO | Profesional Universitario con funciones de Aseguramiento de la Calidad, asignada a la Dirección Regional del ICBF. | 2011 | 8 | 2 | 2011 | 12 | 31 | 0 | 4 | 29 |
| ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACION PÚBLICA | 8 | Coordinadora de Asesorías y Asistencia Técnica. Objeto: coordinar, planear y hacer seguimiento desde el área de su conocimiento en | 2010 | 1 | 25 | 2010 | 12 | 31 | 0 | 11 | 6 |
| INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR | 001 – 09-027 | Apoyar y asesorar a la Regional/Seccional del ICBF en la implementación y sostenibilidad del sistema Integrado de Gestión SIGE (Sistema de Gestión de la Calidad, MECI y el Sistema de | 2009 | 1 | 2 | 2009 | 12 | 31 | 0 | 11 | 29 |
| INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR | 001 – 08 - 733 | Apoyar a la Regional ICBF en la implementación del SGC con la GP 1000:2004 y la aplicación de procedimientos | 2008 | 10 | 1 | 2008 | 12 | 31 | 0 | 2 | 30 |
| ALCALDÍA DE VIRACACHA | OPS | Coordinadora del Programa Familias en Acción – Enlace Municipal | 2006 | 1 | 15 | 2007 | 1 | 15 | 1 | 0 | 0 |
| ASAMBLEA DE BOYACA | LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCION | Asesora de Control Interno. | 2002 | 2 | 26 | 2004 | 2 | 3 | 2 | -1 | 7 |
| CONTRALORIA GENERAL DE BOYACA | LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCION | Subsecretaria de Carrera Administrativa. | 1998 | 11 | 20 | 2001 | 12 | 31 | 3 | 1 | 11 |
| CONTRALORIA GENERAL DE BOYACA | LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCION | Jefe Sección Carrera Administrativa | 1996 | 3 | 22 | 1998 | 11 | 19 | 2 | 7 | 27 |
| CONTRALORIA GENERAL DE BOYACA | LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCION | Jefe Sección III -2 | 1995 | 3 | 6 | 1996 | 3 | 21 | 1 | 0 | 15 |
| | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 |
| | | | | | | | | | **12** | **118** | **338** |
| | | | | | | | | | **144** | **118** | **11,267** |
| | | | | | | | | **Total meses de experiencia** | | **273,3** | |

**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** |
|---|---|
| **indicar cuál es el requisito que se homologa (formación o experiencia)** | POR: **Describir la forma y términos de su homologación** |

**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.** | <br>**Firma del Subdirector(a)/Jefe de Oficina que solicita la contratación** |

Elaboró: (ingresar nombres y apellidos de quien elabora)
Revisó: (ingresar nombre y apellidos de quien le revisa en el área que solicita la contratación)
Aprobó: (ingresar nombres y apellidos completos de quien aprueba en el área que solicita la contratación)

**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.**