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	MARIA LAURA SERRANO RANGEL	**Documento de identificación**	63.476.798
REQUISITOS DE IDONEIDAD **Validar SEGÚN RESOLUCIÓN DE HONORARIOS VIGENTE** (Formación académica y experiencia)	PERFIL MÍNIMO: Titulo de Tecnologo o Tecnico Entre 13 y 24 Meses de Experiencia Laboral		
PERFIL	Tecnico	**NIVEL**	2

Formación perfil mínimo
(inserte tantas filas como requiera)

Bachiller			
Pregrado	Escuela Superior de Administración Pública ESAP- Administradora Pública - 2017	**Expedición Tarjeta profesional**	20 de Octubre de 2017
Posgrado			

#¿NOMBRE?

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 PÚBLICA	CPS No. 015 DE 2025	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO APOYO A LA COORDINACIÓN ACADEMICA EN EL CENTRO DE TUTORIA DE SAN GIL	2025	2	3	2025	12	2	0	9	29
ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACION PUBLICA - ESAP	CPS NO. 066 DE 2024	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN COMO APOYO A LA COORDINACIÓN ACADEMICA EN EL CENTRO DE TUTORIA DE SAN GIL	2024	8	30	2024	12	29	0	3	29
COOPERATICA DE TRABAJO ASOCIADO DE SERVICIOS INTEGRADOS - COOPFONCE CTA	TRABAJADORA ASOCIADA	COORDINADORA DEL PROCESO DE FACTURACION DEL ESE HOSPITAL REGIONAL SAN GIL	2020	6	29	2023	12	31	3	6	2
									0	0	0
									0	0	0
									0	0	0
									0	0	0
									0	0	0
									3	**18**	**60**
									36	**18**	**2**
								Total meses de experiencia		**56,0**	

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**
								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: Liliana Navas Ferreira - Abogada Externa
Aprobó: Wilman Amaya Leon - Director Territorial Santander

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.