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	RONY KEVIN MONTOYA VARGAS	**Documento de identificación**	1030609554

REQUISITOS DE IDONEIDAD **Validar SEGÚN RESOLUCIÓN DE HONORARIOS VIGENTE** (Formación académica y experiencia)	PERFIL MÍNIMO: Profesional: Título profesional en: Administración pública y administración pública territorial. Experiencia: Experiencia: De 0 a 12 Meses de Experiencia Profesional

PERFIL	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	**NIVEL**	1

Formación perfil mínimo
(inserte tantas filas como requiera)

Bachiller	BACHILLER ACADEMICO - COLEGIO JOSE FRANCISCO SOCARRAS - 03/12/210		
Pregrado	ADMINISTRADOR PÚBLICO - ESAP - 22/02/2019	**Expedición Tarjeta profesional**	20/03/2019
Posgrado	N/A		

Experiencia perfil mínimo

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
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	INS-CPS-010-2025	Brindar servicios profesionales en la estructuración de los procesos contractuales para la adquisición de bienes y servicios; en el marco del proyecto de Renovación Tecnológica del Instituto Nacional de Salud (INS); específicamente para el Grupo de Equipos de Laboratorio y Producción	2025	1	17	2025	11	30	0	10	13
									0	0	0
									0	0	0
									0	0	0
									0	**10**	**13**
									0	**10**	**0,4333**
								Total meses de experiencia		**10,4**	

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.

Firma del Director Territorial

Elaboró: LUISA FERNANDA CALVO GUERRERO - LÍDER TERRITORIAL ATT
Revisó: JOSE HELI SARMIENTO OSPINO - ABOGADO TERRITORIAL
Aprobó: HARRISON ROMERO RESTREPO - DIRECTOR TERRITORIAL

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.