CERTIFICADO DE IDONEIDAD Y EXPERIENCIA

SANDRA JOHEN RODRIGUEZ ALVAREZ , en mi calidad de **COORDINADORA DEL CENTRO ZONAL CARLOS LLERAS**, certifico que **BRIGITH MELISSA BARRIGA MOLINA**, identificado(a) con cedula No. **1.095.837.335**, 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 **118** consignado en la matriz F1.P2.ABS formato relación de necesidades por prestación de servicios -NAS, de la Dirección Regional, 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	Se constata la presente excepción a través de la verificación en plataforma SIGEP, así como la presentación por parte del futuro contratista de certificaciones de contratos estatales suscritos y debidamente ejecutados con el ICBF en la vigencia 2024, así como en otras vigencias y contratos de prestación de servicios relacionados con la sustanciación de procesos en el restablecimiento de derechos a favor de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en las Defensorías de Familia del CZ Carlos Lleras Restrepo de la Regional Santander
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	N/A	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.

CLASIFICADA

d. Entrevista

N/A.

2. FORMACIÓN

NIVEL	**PROFESIONAL**	
TÍTULO(S) DE FORMACIÓN REQUERIDO(S)	**Pregrado**	**DERECHO**
	Posgrado	**N/A**
TÍTULO(S) DE FORMACIÓN APORTADO(S)	**Título**	**ABOGADA**
	Institución Educativa, Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano o de Educación Superior que otorga el título	**UNIVERSIDAD SANTO TOMAS**
	Fecha de terminación del pénsum académico	**08/06/2020**
	Fecha de grado	**25/03/2022**
	Resolución de Convalidación	**N/A**
TARJETA O MATRÍCULA PROFESIONAL	**382354**	
ANTECEDENTES PROFESIONALES	**Certificado del 24/10/2026**	
EQUIVALENCIAS APLICADAS	**N/A**	
RESULTADO	**CUMPLE**	

3. EXPERIENCIA

CONDICIONES	EXPERIENCIA REQUERIDA
TIPO DE EXPERIENCIA	**PROFESIONAL**
MESES MÍNIMOS	**0 A 11 meses**
MESES DE EXPERIENCIA RELACIONADA	**N/A**

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

4. Relación de equivalencias aplicadas

N/A

CLASIFICADA

5. OTROS REQUISITOS COMPLEMENTARIOS

N/A

TOTAL EXPERIENCIA ACREDITADA (en meses)	37,10
EXPERIENCIA LABORAL ACREDITADA (en meses)	0,00
EXPERIENCIA PROFESIONAL ACREDITADA (en meses)	37,10
EXPERIENCIA DOCENTE ACREDITADA (en meses)	0,00
EXPERIENCIA ANCESTRAL ACREDITADA (en meses)	0,00
TOTAL EXPERIENCIA RELACIONADA ACREDITADA (en meses)	28,00

RESULTADO
CUMPLE

LAS EXPERIENCIAS DEBEN SER REGISTRADAS DE LA MAS ANTIGUA A LA MAS RECIENTE PARA VERIFICAR TRASLAPOS

EXPERIENCIA ACREDITADA POR EL CONTRATISTA

N°	Empleador/Contratante	EXPERIENCIA APORTADA		Tiempo Total	OBSERVACIONES	Tipo (Laboral, Profesional, Docente,	Relacionada (SI/NO)	TRASLAPOS
		Fecha Inicio	Fecha Final					
1	CONTRALORIA MUNICIPAL DE FLORIDABLANCA	2020-10-26	2021-07-26	9,10		Profesional	NO	No Traslapo
2	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	2024-02-19	2024-06-30	4,40		Profesional	SI	No Traslapo
3	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	2024-07-03	2024-12-31	6,03		Profesional	SI	No Traslapo
4	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	2025-01-16	2025-08-31	7,57		Profesional	SI	No Traslapo
5	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	2025-10-17	2025-12-31	2,50		Profesional	SI	No Traslapo
6	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	2026-01-18	2026-08-31	7,50		Profesional	SI	No Traslapo

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 CZ CARLOS LLERAS RESTREPO ante la Dirección de Contratación, sin que sea necesaria su firma adicional.

Proyectó: Sandra Jhoen Álvarez Rodríguez-Coordinadora Centro Zonal Carlos Lleras Restrepo- Regional Santander.

Revisó: Sandra Jhoen Álvarez Rodríguez-Coordinadora Centro Zonal Carlos Lleras Restrepo- Regional Santander.

Página 1
CLASIFICADA