## CERTIFICADO DE IDONEIDAD Y EXPERIENCIA

**INGRID LORENA PASTRANA RODRIGUEZ** en mi calidad de **COORDINADORA**, certifico que **LAURA VECINO TELLO** identificado(a) con cedula No. **1016108398**, 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 **319** 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,desarrolando obligaciones afines del presente objeto del contrato en el CZ La Floresta |
| 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** | **NUTRICIONISTA DIETISTA** |
| | **Posgrado** | **N/A** |
| **TÍTULO(S) DE FORMACIÓN APORTADO(S)** | **Título** | **NUTRICIONISTA DIETISTA** |
| | **Institución Educativa, Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano o de Educación Superior que otorga el título** | **PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA** |
| | **Fecha de terminación del pénsum académico** | **20 DE NOVIEMBRE** |
| | **Fecha de grado** | **24 DE MARZO DEL 2023** |
| | **Resolución de Convalidación** | **N/A** |
| **TARJETA O MATRÍCULA PROFESIONAL** | **1016108398** | |
| **ANTECEDENTES PROFESIONALES** | **N/A** | |
| **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** | **28** |

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

CLASIFICADA

**EXPERIENCIA ACREDITADA POR EL CONTRATISTA**

| N° | Empleador/Contratante | EXPERIENCIA APORTADA | | Tiempo Total | OBSERVACIONES | Tipo (Laboral, Profesional, | Relacionada (SI/NO) | TRASLAPOS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Fecha Inicio | Fecha Final | | | | | |
| 1 | FORPRE SALUD IPS | 2023-06-01 | 2023-06-08 | 0,23 | NUTRICIONISTA DIETISTA | Profesional | SI | No Traslapo |
| 2 | PROJECTION LIFE IPS | 2023-11-01 | 2025-04-14 | 17,67 | NUTRICIONISTA DIETISTA | Profesional | SI | No Traslapo |
| 3 | ICBF | 2025-10-20 | 2025-12-15 | 1,87 | NUTRICIONISTA DIETISTA | Profesional | SI | No Traslapo |
| 4 | ICBF | 2026-01-20 | 2026-10-20 | 9,10 | NUTRICIONISTA DIETISTA | Profesional | SI | No Traslapo |
| 5 | | | | 0,00 | | | | |

## 4. Relación de equivalencias aplicadas

N/A

## 5. OTROS REQUISITOS COMPLEMENTARIOS

**N/A**

**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 LA FLORESTA ante la Dirección de Contratación, sin que sea necesaria su firma adicional.**

**Proyectó:**
**Revisó:**

CLASIFICADA