CERTIFICADO DE IDONEIDAD Y EXPERIENCIA

INGRID LORENA PASTRANA RODRIGUEZ, en mi calidad de **COORDINADORA DEL CENTRO ZONAL LA FLORESTA**, certifico que **MARIA TERESA FERNANDEZ RANGEL** identificado(a) con cedula No. **1000713109 de Barrancabermeja**, 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 **197** 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, 2025 y 2026, así como en otras vigencias y contratos de prestación de servicios relacionados la sustanciación en defensoría de familia por 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

N/A.

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**	**CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS**
	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 COOPERATIVA DE COLOMBIA**
	Fecha de terminación del pénsum académico	**N/A**
	Fecha de grado	**24-03-2023**
	Resolución de Convalidación	**N/A**
TARJETA O MATRÍCULA PROFESIONAL	**Núm. 405009 del 19/04/2023**	
ANTECEDENTES PROFESIONALES	**CERTIFICADO NO. 20261020-2737695 DEL 20 DE OCTUBRE DE 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

CLASIFICADA

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÌTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

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

Pulsar dos veces la tabla para editar la información

TOTAL EXPERIENCIA ACREDITADA (en meses)	39,5667
EXPERIENCIA LABORAL ACREDITADA (en meses)	0
EXPERIENCIA PROFESIONAL ACREDITADA (en meses)	39,5667
EXPERIENCIA DOCENTE ACREDITADA (en meses)	0
EXPERIENCIA ANCESTRAL ACREDITADA (en meses)	0
TOTAL EXPERIENCIA RELACIONADA ACREDITADA (en meses)	39,5667

No.	Empleador/Contratante	Inicio	Terminación	Días	Observaciones	Tipo (Laboral, Profesional, Docente, Ancestral)	Relacionada (SI/NO)
1	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	7/03/2022	6/12/2022	269		Profesional	SI
2	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	27/02/2024	30/06/2024	123		Profesional	SI
3	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	3/07/2024	31/12/2024	178		Profesional	SI
4	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	21/01/2025	31/08/2025	220		Profesional	SI
5	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	9/09/2025	31/12/2025	112		Profesional	SI
6	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	16/01/2026	31/10/2026	285		Profesional	si
7				0			
8				0			
9				0			
10				0			
11				0			
12				0			

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: Ingrid Lorena Pastrana Rodríguez - Profesional Universitario - Coordinación Centro Zonal La Floresta – Regional Santander.
Revisó: Ingrid Lorena Pastrana Rodríguez - Profesional Universitario - Coordinación Centro Zonal La Floresta – Regional Santander.

Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÌTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012