



**REPORTE DE EXPERIENCIA  
PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES O DE APOYO A LA GESTIÓN**

EL INGRESO DE LAS CERTIFICACIONES DEBE REALIZARSE DESDE LA MÁS ANTIGUA A LA MÁS RECIENTE

EXPERIENCIA

**SI CUMPLE**

<b>NOMBRE DEL CONTRATISTA</b>	NERIS ISABEL BARRIOS REYES				
<b>EXPERIENCIA REQUERIDA:</b>	<b>AÑO(S)</b>	<b>MES(ES)</b>	<b>TOTAL EXPERIENCIA REQUERIDA EN DÍAS</b>		
	2		<b>AÑOS A DÍAS</b>	<b>MESES A DÍAS</b>	<b>TOTAL</b>
<b>HOMOLOGACIÓN DE TÍTULO POR EXPERIENCIA:</b>					
<b>HOMOLOGACIÓN EXPERIENCIA POR TÍTULO:</b>			730	0	730

	<b>NOMBRE EMPRESA O ENTIDAD</b>	<b>FECHA DE INGRESO DIA/MES/AÑO</b>	<b>FECHA DE RETIRO DIA/MES/AÑO</b>	<b>EXPERIENCIA (DÍAS)</b>
1	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE	1/02/2022	20/06/2022	140
2	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE	17/04/2023	31/01/2024	290
3	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE	1/02/2024	7/10/2024	250
4	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE	28/11/2024	10/01/2025	44
5	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE	15/01/2025	28/03/2025	73
6				0
7				0
8				0
9				0
10				0
11				0
12				0
13				0
14				0
15				0
16				0
17				0
18				0
19				0
20				0
21				0
22				0
23				0
24				0
25				0
	<b>EXPERIENCIA ADQUIRIDA</b>		<b>TOTAL</b>	<b>797</b>

OBSERVACIÓN:

**Nota 1:** La información con la cual se elabora este documento debe estar registrada en la hoja de vida del SIDEAP.

**Nota 2:** La entidad verificó la experiencia registrada en el SIDEAP, basada en los requisitos mínimos de idoneidad y experiencia propuestos por el área solicitante en los estudios previos.

**Nota 3:** El registro de experiencia adquirida reporta los tiempos sin tener en cuenta los traslajos de experiencia.

Verificó:

Firmas:

Nombres:

Area / Dirección:

  
ANGEL GUTIÉRREZ ROSAS

FECHA DE VERIFICACIÓN:

16/10/2025

DIA / MES / AÑO