	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA	Código: GCCON-F-XXX
	VERIFICACIÓN DE IDONEIDAD Y EXPERIENCIA	V.01

NOMBRE DEL CANDIDATO	LEIDY PAOLA ESCOBAR YASNO			
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	Cédula de ciudadanía	**NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN**	1.010.170.741	
FORMACIÓN ACADÉMICA REQUERIDA	Tecnólogo y/o Aprobación de cuatro (4) años de educación superior/o aprobación mínima del 70% del plan de estudios en las áreas del conocimiento en ciencias de la educación; ciencias sociales y humanas; economía, administración, contaduría y afines	**EXPERIENCIA LABORAL RELACIONADA**	12	Experiencia mínima relacionada con el objeto del contrato de doce (12) meses.
		EXPERIENCIA DOCENTE		

	TITULO OBTENIDO	SI	NO	N/A	AAAA	MM	DD
MAESTRO, ARTESANO U OTRO			X				
TITULO DE BACHILLER			X				
TÉCNICO			X				
TECNÓLOGO			X				
TÍTULO PROFESIONAL	ADMINISTRACIÓN EN SALUD OCUPACIONAL	x	X		2018	10	25
TARJETA O MATRÍCULA PROFESIONAL O REGISTRO			X				
ESPECIALIZACIÓN			X				
MAESTRÍA			X				
DOCTORADO			X				
					CUMPLE		**SÍ**

EMPLEADOR / NÚMERO DE CTO	FECHA INICIO			FECHA FIN			TOTAL		
	AÑO	MES	DÍA	AÑO	MES	DÍA	AÑOS	MESES	DÍAS
SENA-CO1.PCCNTR.7246483	2025	1	17	2025	12	31	**0**	**11**	**14**
SENA-CO1.PCCNTR.5945141	2024	2	15	2024	12	30	**0**	**10**	**15**
							0	**0**	**0**
							0	**0**	**0**
							0	**0**	**0**
							0	**0**	**0**
							0	**0**	**0**
							0	**0**	**0**
							0	**0**	**0**
							0	**0**	**0**
							0	**0**	**0**
							0	**0**	**0**
							0	**0**	**0**
							0	**0**	**0**
							0	**0**	**0**
							0	**0**	**0**
							0	**0**	**0**
							0	**0**	**0**
				SUBTOTAL			**0**	**21**	**29**
				CONVERSIÓN AÑOS A MESES			**0,00**		
				CONVERSIÓN DÍAS A MESES			**0,97**		
				TOTAL EXPERIENCIA (EN MESES)			**21,97**		
							CUMPLE		**SÍ**

DOCENTE/INSTRUCTOR	FECHA INICIO			FECHA FIN			TOTAL		
	AÑO	MES	DÍA	AÑO	MES	DÍA			
							0	**0**	**0**
							0	**0**	**0**
							0	**0**	**0**
							0	**0**	**0**
							0	**0**	**0**
							0	**0**	**0**
							0	**0**	**0**
							0	**0**	**0**
							0	**0**	**0**
							0	**0**	**0**
							0	**0**	**0**
							0	**0**	**0**
							0	**0**	**0**
							0	**0**	**0**
							0	**0**	**0**
							0	**0**	**0**
				SUBTOTAL			**0**	**0**	**0**
				CONVERSIÓN AÑOS A MESES			**0,00**		
				CONVERSIÓN DÍAS A MESES			**0,00**		
				TOTAL EXPERIENCIA (EN MESES)			**0,00**		
							CUMPLE		**SÍ**

RESULTADO DE LA VERIFICACIÓN

CUMPLE

CERTIFICACIÓN

Se deja constancia que, de conformidad con la verificación del perfil y la experiencia aportada por el candidato, este cumple con los requisitos establecidos por la entidad para la celebración del respectivo contrato de servicios.

OBSERVACIONES

Digitally signed by Hugo Leon Taborda Ocampo
Date: 2026.01.13 15:55:14 -05'00'

HUGO LEÓN TABORDA OCAMPO
SUBDIRECTOR(E) CENTRO CIES

Revisó: **Luis Miguel Lopez Celemin.**
Profesional G04(e)

Elaboró: **Martha Yaneth Ferrer Cardenas**
Profesional G01.