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

NOMBRE DEL CANDIDATO	LINA PAOLA SANCHEZ PEÑARANDA			
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	Cédula de ciudadanía	**NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN**	1.010.125.918	
FORMACIÓN ACADÉMICA REQUERIDA	Profesional en las áreas del conocimiento a) Agronomía, Veterinaria y afines, b) Bellas Artes, c) Ciencias de la Educación, d) Ciencias de la Salud, e) Ciencias Sociales y Humanas, f) Economía, Administración, Contaduría y afines, g) Ingeniería, Arquitectura, Urbanismo y afines, y h) Matemáticas y Ciencia Naturales, con experiencia relacionada mínima de doce (12) meses.	**EXPERIENCIA LABORAL**	13	Experiencia laboral
		EXPERIENCIA DOCENTE		NO

	TITULO OBTENIDO	SI	NO	N/A	AAAA	MM	DD
MAESTRO, ARTESANO U OTRO							
TITULO DE BACHILLER							
TÉCNICO							
TECNÓLOGO							
TÍTULO PROFESIONAL	PSICOLOGA	X			2009	6	27
TARJETA O MATRÍCULA PROFESIONAL O REGISTRO	110.919				2010	1	20
ESPECIALIZACIÓN							
MAESTRÍA							
DOCTORADO							
					CUMPLE		**SÍ**

EMPLEADOR / NÚMERO DE CTO	**FECHA INICIO**			**FECHA FIN**			**TOTAL**		
	AÑO	**MES**	**DÍA**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	**AÑOS**	**MESES**	**DÍAS**
SENA-CO1.PCCNTR.7285700	2025	1	21	2025	12	31	**0**	**11**	**10**
CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO -LA CID	2024	6	24	2025	5	30	**0**	**11**	**6**
							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**	**22**	**16**
						CONVERSIÓN AÑOS A MESES		**0,00**	
						CONVERSIÓN DÍAS A MESES		**0,53**	
						TOTAL EXPERIENCIA (EN MESES)		**22,53**	
							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**
						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

Firmado digitalmente por Hugo Leon Taborda Ocampo
Fecha: 2026.01.15 00:30:43 -05'00'

HUGO LEÓN TABORDA OCAMPO
SUBDIRECTOR(E) CENTRO CIES

Revisó: **Luis Miguel Lopez Celemin-Profesional G04**

Elaboró: **Martha Yaneth Ferrer Cárdenas- Profesional G01**
Gestión Contractual