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

NOMBRE DEL CANDIDATO	ARELIS CATALINA ULLOA CHACON			
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	Cédula de ciudadanía	**NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN**	37.556.373	
FORMACIÓN ACADÉMICA REQUERIDA	Requisitos académicos: 1. Opción título profesional en áreas de la salud con postgrado en administración en salud o	**EXPERIENCIA RELACIONADA**	24	
		EXPERIENCIA DOCENTE	6	

	TITULO OBTENIDO	SI	NO	N/A	AAAA	MM	DD
MAESTRO, ARTESANO U OTRO							
TITULO DE BACHILLER							
TÉCNICO							
TECNÓLOGO							
TÍTULO PROFESIONAL	BACTERIOLOGA	X			2003	2	11
TARJETA O MATRÍCULA PROFESIONAL O REGISTRO							
ESPECIALIZACIÓN	GERENCIA DE INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	X			2010	5	14
MAESTRÍA							
DOCTORADO							
					CUMPLE		**SÍ**

EMPLEADOR / NÚMERO DE CTO	**FECHA INICIO**			**FECHA FIN**			**TOTAL**		
	AÑO	**MES**	**DÍA**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	**AÑOS**	**MESES**	**DÍAS**
GALENOS	2016	8	15	2022	4	25	**5**	**8**	**10**
HOSPITAL LOCAL DE RIO DE ORO	2008	12	15	2009	12	31	**1**	**0**	**16**
							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			**6**	**8**	**26**
				CONVERSIÓN AÑOS A MESES			**72,00**		
				CONVERSIÓN DÍAS A MESES			**0,87**		
				TOTAL EXPERIENCIA (EN MESES)			**80,87**		
							CUMPLE		**SÍ**

DOCENTE/INSTRUCTOR	**FECHA INICIO**			**FECHA FIN**			**TOTAL**		
	AÑO	**MES**	**DÍA**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**			
EAFYS	2017	2	4	2017	11	30	**0**	**9**	**26**
EAFYS	2018	2	1	2018	7	30	**0**	**5**	**29**
INSTRUCTOR SENA	2023	8	10	2024	12	16	**1**	**4**	**6**
INSTRUCTOR SENA	2024	3	6	2024	12	6	**0**	**9**	**0**
INSTRUCTOR SENA	2025	5	2	2025	11	21	**0**	**6**	**19**
							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			**1**	**33**	**80**
				CONVERSIÓN AÑOS A MESES			**12,00**		
				CONVERSIÓN DÍAS A MESES			**2,67**		
				TOTAL EXPERIENCIA (EN MESES)			**47,67**		
							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 11:40:43 -05'00'

HUGO LEÓN TABORDA OCAMPO
SUBDIRECTOR(E) CENTRO CIES

Revisó:

Elaboró: **COMITÉ DE EVALUCIÓN**