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

NOMBRE DEL CANDIDATO	LINA PAOLA PATERNINA RUIZ			
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	Cédula de ciudadanía	**NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN**	39.022.817	
FORMACIÓN ACADÉMICA REQUERIDA	Requisitos académicos: profesional en enfermería experiencia laboral: mínimo 24 meses de experiencia con vinculación laboral en áreas de desempeño con funciones asistencialesmínimo 6 meses de experiencia en procesos de formación y/o capacitación"	**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	ENFERMERO	X			2013	4	26
TARJETA O MATRÍCULA PROFESIONAL O REGISTRO							
ESPECIALIZACIÓN							
MAESTRÍA							
DOCTORADO							
					CUMPLE		**SÍ**

EMPLEADOR / NÚMERO DE CTO	FECHA INICIO			FECHA FIN			TOTAL		
	AÑO	MES	DÍA	AÑO	MES	DÍA	AÑOS	MESES	DÍAS
IMSALUD	2013	7	16	2013	7	30	**0**	**0**	**14**
IMSALUD	2013	8	1	2013	10	30	**0**	**2**	**29**
IMSALUD	2013	11	1	2013	12	30	**0**	**1**	**29**
IMSALUD	2014	1	7	2014	1	16	**0**	**0**	**9**
I.P.S MEDICARE DE COLOMBIA S.A.S.	2014	1	20	2014	9	30	**0**	**8**	**10**
MIPS NORTE DE SANTANDER	2015	7	21	2017	7	20	**2**	**-1**	**29**
							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			**2**	**10**	**120**
				CONVERSIÓN AÑOS A MESES			**24,00**		
				CONVERSIÓN DÍAS A MESES			**4,00**		
				TOTAL EXPERIENCIA (EN MESES)			**38,00**		
							CUMPLE		**SÍ**

DOCENTE/INSTRUCTOR	FECHA INICIO			FECHA FIN			TOTAL		
	AÑO	MES	DÍA	AÑO	MES	DÍA			
POLITÉCNICO DEL MAGDALENA	2020	5	7	2021	5	10	**1**	**0**	**3**
INSTRUCTOR SENA	2025	2	12	2025	11	20	**0**	**9**	**8**
INSTRUCTOR SENA	2023	2	7	2023	12	15	**0**	**10**	**8**
							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			**1**	**19**	**19**
				CONVERSIÓN AÑOS A MESES			**12,00**		
				CONVERSIÓN DÍAS A MESES			**0,63**		
				TOTAL EXPERIENCIA (EN MESES)			**31,63**		
							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 16:22:16 -05'00'

HUGO LEÓN TABORDA OCAMPO
SUBDIRECTOR(E) CENTRO CIES

Revisó: **COMITÉ DE VERIFICACIÓN**