Agencia de Desarrollo Rural	TABLA DE ANALISIS DE EXPERIENCIA E IDONEIDAD	Código	F-GCO-017
		Versión	2

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS:	JENNIFER CECILIA TAPIA CASTILLA
CEDULA DE CIUDADANIA No.	1.103.094.610

PERFIL REQUERIDO

PERFIL AL QUE APLICA (Elija de la Lista)	PROFESIONAL XI-1	REQUISITOS ACADEMICOS	Título Profesional y título de especialización
		EXPERIENCIA EXIGIDA EN EL ESTUDIO PREVIO (años)	6,5

ANALISIS DE IDONEIDAD

FORMACION EXIGIDA EN EL ESTUDIO PREVIO			
TÍTULO DE FORMACIÓN ACREDITADO (Escríbalo tal como aparece en el Diploma o Acta de Grado)		CONTADOR PUBLICO	
Fecha de terminación materias	N/A	Fecha de Grado	14-dic.-2007
Fecha de expedición de Matricula Profesional (si aplica, de lo contrario escriba NO APLICA)		25-sep.-2008	
FORMACION AVANZADA QUE SE ACREDITA (Válido únicamente para posgrados titulados)	ESPECIALIZACION EN GESTION FINANCIERA PUBLICA		

ANÁLISIS DE EXPERIENCIA

EMPRESA - ENTIDAD (Indicar el nombre de la empresa o entidad, orden descendente)	INGRESO DD/MM/AAAA	RETIRO DD/MM/AAAA	TIEMPO REAL SERVICIO AÑOS	MESES	DIAS
SIIFWEB	16/09/2025	31/12/2025	0,00	3,00	15,00
ASSMET SALUD EPS	20/06/2024	1/01/2025	0,00	6,00	11,00
GOBERNACION DEL ATLANTICO	22/02/2023	14/03/2023	0,00	0,00	22,00
GOBERNACION DEL ATLANTICO	11/01/2022	31/12/2022	0,00	11,00	20,00
GOBERNACION DEL ATLANTICO	29/07/2021	31/12/2021	0,00	5,00	2,00
GOBERNACION DEL ATLANTICO	25/01/2021	21/07/2021	0,00	5,00	26,00
GOBERNACION DEL ATLANTICO	31/08/2020	31/12/2020	0,00	4,00	0,00
HOSPITAL DE SOLEDAD MATERNO INFANTIL	15/01/2019	31/01/2019	0,00	0,00	16,00
HOSPITAL DE SOLEDAD MATERNO INFANTIL	1/10/2018	31/12/2018	0,00	3,00	0,00
HOSPITAL DE SOLEDAD MATERNO INFANTIL	3/07/2018	30/09/2018	0,00	2,00	27,00
HOSPITAL DE SOLEDAD MATERNO INFANTIL	2/05/2018	30/06/2018	0,00	1,00	28,00
HOSPITAL DE SOLEDAD MATERNO INFANTIL	1/12/2015	31/12/2015	0,00	1,00	0,00
HOSPITAL DE SOLEDAD MATERNO INFANTIL	3/11/2015	30/11/2015	0,00	0,00	27,00
HOSPITAL DE SOLEDAD MATERNO INFANTIL	1/10/2015	31/10/2015	0,00	1,00	0,00
HOSPITAL DE SOLEDAD MATERNO INFANTIL	1/09/2015	30/09/2015	0,00	0,00	29,00
HOSPITAL DE SOLEDAD MATERNO INFANTIL	1/07/2015	31/08/2015	0,00	2,00	0,00
HOSPITAL DE SOLEDAD MATERNO INFANTIL	4/05/2015	30/06/2015	0,00	1,00	26,00
HOSPITAL DE SOLEDAD MATERNO INFANTIL	2/02/2015	30/04/2015	0,00	2,00	28,00
HOSPITAL DE SOLEDAD MATERNO INFANTIL	15/01/2015	31/01/2015	0,00	0,00	16,00
LOGISTICA Y NEGOCIOS INTEGRALES S.A.S	16/01/2012	31/12/2014	2,00	11,00	15,00
			0,00	0,00	0,00
			0,00	0,00	0,00
			0,00	0,00	0,00
			0,00	0,00	0,00
			0,00	0,00	0,00
			0,00	0,00	0,00
			0,00	0,00	0,00
	TOTAL EXPERIENCIA		7	8	8
		CUMPLE	SI		

De acuerdo a lo establecido en el numeral 2.2.1.2.1.4.9 del Decreto 1082 de 2015, se deja constancia que verificados los documentos soporte de la hoja de vida presentada, cuenta con la idoneidad y experiencia requerida para la ejecución del objeto contractual en los términos y condiciones previstos en el presente documento".

FUNCIONARIO RESPONSABLE:	VICEPRESIDENTE DE PROYECTOS

NOMBRE: ELIANA TERESA ZAMBRANO ALMANSA

FIRMA: Eliana Zambrano Firmado digitalmente por ZAMBRANO ALMANSA ELIANA TERESA Fecha: 2026.01.20 09:26:49 -05'00'

ELABORÓ:

NOMBRE: ELIANA TERESA ZAMBRANO ALMANSA

FIRME: Eliana Zambrano Firmado digitalmente por ZAMBRANO ALMANSA ELIANA TERESA Fecha: 2026.01.20 09:26:40 -05'00'