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

NOMBRE DEL CANDIDATO	LAURA VANESA ORTIZ AREVALO				
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	Cédula de ciudadanía	**NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN**	1.064.841.822		
FORMACIÓN ACADÉMICA REQUERIDA	Áreas de ciencias sociales y humanas; técnico, tecnólogo o profesional en el núcleo básico del conocimiento en psicología, sociología, trabajo social, filosofía, teología o afines	**EXPERIENCIA RELACIONADA**	13	Meses de experiencia relacionada con el objeto contractual.	
		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			2021	3	27
TARJETA O MATRÍCULA PROFESIONAL O REGISTRO	227221	X			2021	4	7
ESPECIALIZACIÓN							
MAESTRÍA							
DOCTORADO							
					CUMPLE		**SÍ**

EMPLEADOR / NÚMERO DE CTO	**FECHA INICIO**			**FECHA FIN**			**TOTAL**		
	AÑO	**MES**	**DÍA**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	**AÑOS**	**MESES**	**DÍAS**
HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES	2022	4	25	2022	9	25	**0**	**5**	**0**
HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES	2023	6	20	2023	12	30	**0**	**6**	**10**
HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES	2024	6	13	2024	11	30	**0**	**5**	**17**
HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES	2024	11	27	2024	12	31	**0**	**1**	**4**
							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**	**17**	**31**
				CONVERSIÓN AÑOS A MESES			**0,00**		
				CONVERSIÓN DÍAS A MESES			**1,03**		
				TOTAL EXPERIENCIA (EN MESES)			**18,03**		
							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**
				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: 2026.01.28 15:45:50 -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

Martha Yaneth Ferrer C.