

<b>NOMBRE DEL CONTRATISTA</b>	LAURA JOHANNA PEREZ HERNANDEZ
<b>IDENTIFICACIÓN</b>	29.284.138

<b>EXPERIENCIA</b>
<b>SI CUMPLE</b>

<b>FORMACIÓN ACADÉMICA REQUERIDA (ESTUDIO PREVIO).</b>	Título técnico o tecnólogo en área del conocimiento Ciencias Sociales y Humanas y Bellas Artes	
<b>FORMACIÓN ACADÉMICA DEL CONTRATISTA VERIFICADA</b>	<b>TITULO OBTENIDO:</b>	<b>FECHA DE GRADO (O TERMINACIÓN DE MATERIAS).</b>
	TECNÓLOGO EN PRODUCCIÓN DE MULTIMEDIA	23/042021

<b>EXPERIENCIA REQUERIDA (ESTUDIO PREVIO):</b>	Título técnico o tecnólogo	<b>AÑO(S)</b>	<b>MES(ES)</b>	<b>DÍAS</b>	<b>TOTAL</b>
			36	0	1080

		<b>FECHA DE INGRESO DIA/MES/AÑO</b>	<b>FECHA DE RETIRO DIA/MES/AÑO</b>	<b>EXPERIENCIA (DÍAS)</b>
1	AMPHIBIA INC S.A.S	1/03/2025	15/12/2025	290
2	AMPHIBIA INC S.A.S	1/01/2025	10/02/2025	41
3	AMPHIBIA INC S.A.S	7/10/2024	31/10/2024	25
4	AMPHIBIA INC S.A.S	1/11/2024	31/12/2024	61
5	CANAL REGIONAL DE TELEVISIÓN TEVEANDINA LTDA	10/11/2021	31/07/2022	264
6	CANAL REGIONAL DE TELEVISIÓN TEVEANDINA LTDA	1/09/2021	25/10/2021	55
7	CANAL REGIONAL DE TELEVISIÓN TEVEANDINA LTDA	8/03/2021	30/06/2021	115
8	SENADO DE LA REPÚBLICA	2/10/2020	31/12/2020	91
9	RTVC	4/12/2019	29/02/2020	88
10	RTVC	21/09/2020	30/09/2020	10
11	RTVC	2/03/2020	31/08/2020	183
12				0
13				0
14				0
15				0
16				0
17				0
18				0
19				0
20				0
21				0
22				0
23				0
<b>EXPERIENCIA VERIFICADA</b>			<b>TOTAL</b>	<b>1.223</b>
<b>EQUIVALENCIA (Título de posgrado relacionado con el objeto a contratar por Dos (2) años de experiencia profesional)</b>				
1	<i>Diligenciar nombre del posgrado relacionado con el objeto a contratar o en su defecto indicar que No Aplica</i>			
<b>TOTAL EQUIVALENCIA</b>				<b>0</b>

<b>OBSERVACIONES:</b>	
-----------------------	--

<b>IDONEIDAD:</b>	Revisados los documentos que soportan el presente trámite contractual, certifico que la persona relacionada en el presente documento cuenta con los requisitos exigidos para la categoría requerida, con lo cual se acredita su idoneidad para ejecutar el objeto y obligaciones contractuales pactadas. Adicionalmente manifiesto que he verificado los respectivos soportes de la hoja de vida.
-------------------	---

Firma Elaboró:

GIOVANNY ANDRÉS LÓPEZ CABEZAS  
**Nombre:** (Nombre del Jefe de la dependencia)  
 Dependenci OFICINA FOMENTO REGIONAL (E)

**FECHA DE VERIFICACIÓN:**

26/01/2026
------------

  
 DÍA / MES / AÑO