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

NOMBRE DEL CANDIDATO	MARIO CASADIEGO FLOREZ			
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	Cédula de ciudadanía	**NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN**	13.505.097	
FORMACIÓN ACADÉMICA REQUERIDA	Requisitos Académicos, Químico Farmacéutico con formación en	**EXPERIENCIA RELACIONADA**	12	263
		EXPERIENCIA DOCENTE		

	TITULO OBTENIDO	SI	NO	N/A	AAAA	MM	DD
MAESTRO, ARTESANO U OTRO							
TITULO DE BACHILLER							
TÉCNICO							
TECNÓLOGO	Regencia de farmacia	X			2011	9	7
TÍTULO PROFESIONAL							
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
URONORTE	2019	8	6	2025	4	5	**5**	**7**	**29**
EPSIFARMA	2002	10	30	2019	2	8	**16**	**3**	**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**
							0	**0**	**0**
							0	**0**	**0**
							0	**0**	**0**
							0	**0**	**0**
				SUBTOTAL			**21**	**10**	**37**
				CONVERSIÓN AÑOS A MESES			**252,00**		
				CONVERSIÓN DÍAS A MESES			**1,23**		
				TOTAL EXPERIENCIA (EN MESES)			**263,23**		
							CUMPLE		**SÍ**

DOCENTE/INSTRUCTOR	FECHA INICIO			FECHA FIN			TOTAL		
	AÑO	MES	DÍA	AÑO	MES	DÍA			
SENA	2025	4	2	2025	11	19	**0**	**7**	**17**
							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**	**7**	**17**
				CONVERSIÓN AÑOS A MESES			**0,00**		
				CONVERSIÓN DÍAS A MESES			**0,57**		
				TOTAL EXPERIENCIA (EN MESES)			**7,57**		
							CUMPLE		**SÍ**

RESULTADO DE LA VERIFICACIÓN

CUMPLE

CERTIFICACIÓN

OBSERVACIONES

Firmado digitalmente por Hugo Leon Taborda Ocampo
Fecha: 2024.06.22 09:20:36 -05'00'

HUGO LEÓN TABORDA OCAMPO
SUBDIRECTOR(E) CENTRO CIES

Revisó:

Elaboró: **ESPER PÉREZ RIVERA**
COORDINADOR ACADEMICO