	Código: GCCON-F-099
	V.01

PROCESO

GESTIÓN CONTRACTUAL

NOMBRE DEL FORMATO

VERIFICACIÓN DE IDONEIDAD Y EXPERIENCIA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública	**X**	**Pública clasificada**		**Pública reservada**	

NOMBRE DEL CANDIDATO	LUIS FELIPE TRIANA ESCOBAR			
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	Cédula de ciudadanía	**NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN**	1.002.751.969	
FORMACIÓN ACADÉMICA REQUERIDA	Opción 1: Título profesional en áreas afines a las ciencias administrativas, económicas, sociales y humanas, o ingenierías y disciplinas relacionadas. Opción 2: Título profesional en las áreas señaladas, con título de especialización en campos relacionados con las obligaciones del rol.	**EXPERIENCIA RELACIONADA**	0	Opción 1: 13 meses de experiencia profesional. Opción 2: Sin experiencia profesional
		EXPERIENCIA DOCENTE	0	N/A

	TITULO OBTENIDO	SI	NO	N/A	AAAA	MM	DD
MAESTRO, ARTESANO U OTRO				X			
TITULO DE BACHILLER				X			
TÉCNICO				X			
TECNÓLOGO				X			
TÍTULO PROFESIONAL	ABOGADO	X			2024	9	27
TARJETA O MATRÍCULA PROFESIONAL O REGISTRO				X			
ESPECIALIZACIÓN	ESPECIALISTA EN CONTRATACIÓN PÚBIICA	X			2025	12	12
MAESTRÍA				X			
DOCTORADO				X			
OTRO:				X			
					CUMPLE		**SÍ**

EMPLEADOR / NÚMERO DE CTO	**FECHA INICIO**			**FECHA FIN**			**TOTAL**		
	AÑO	**MES**	**DÍA**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	**AÑOS**	**MESES**	**DÍAS**
SENA / CO1.PCCNTR. 5825284	2024	1	29	2024	12	31	**0**	**11**	**2**
SENA / CO1.PCCNTR.7341180	2025	1	28	2025	12	31	**0**	**11**	**3**
							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**	**22**	**5**
						CONVERSIÓN AÑOS A MESES	**0,00**		
						CONVERSIÓN DÍAS A MESES	**0,17**		
						TOTAL EXPERIENCIA (EN MESES)	**22,17**		
							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.

ANEXOS

Se anexan las certificaciones de experiencia aportadas por el candidato.

OBSERVACIONES

OSCAR ANDRES MALDONADO MORA
Director E SENA Regional Caldas

Revisó: **Jeanneth Adriana Gil Bohorquez**

Elaboró: **Maria Camila Ospina Ardila**

Aprobó: **Manuela Sanchez Arcila**