SENA	**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	CAMILA FERNANDA MEDINA PORRA		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	Cédula de ciudadanía	**NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN**	1.098.737.833
FORMACIÓN ACADÉMICA REQUERIDA	Profesional titulado en algunos de los siguientes núcleos básicos de conocimiento: •Economía, administración, contaduría y afines •Agronomía veterinaria y afines, Núcleos Básicos del Conocimiento: Agronomía, •Veterinaria, y Zootecnia •Ciencias sociales, y humanas en el núcleo básico de conocimiento sociología, trabajo social. •Ingeniería, en los siguientes núcleos básicos de conocimiento: Ingeniería administrativa y afines, ingeniería agrícola forestal y afines, ingeniería agroindustrial, alimentos y afines, ingeniería agronómica, pecuaria y afines, ingeniería industrial y afines, ingeniería ambiental, ingeniería de sistemas y afines.	**EXPERIENCIA RELACIONADA**	Experiencia mínima de veinticinco (25) meses en Formulación, Evaluación y/o Gestión de Proyectos, creación y puesta en marcha de empresas o procesos de Emprendimiento y fortalecimiento empresarial, asesoría a emprendedores o empresarios de los diferentes sectores económicos propios de la región Experiencia mínima de veinticinco (25) meses en experiencia comprobada en la formulación de proyectos, procesos asociativos, economía solidaria y acompañamiento a la atención a población de economía campesina, economía popular y comunidades étnicas de acuerdo con el contexto regional. *Nota aclaratoria: Para la contratación de Equipo de Orientadores en cada Regional, debe considerarse con prioridad en el equipo, al menos el 50% de orientadores con experiencia
		EXPERIENCIA DOCENTE	

	TITULO OBTENIDO	**SI**	**NO**	**N/A**	**AAAA**	**MM**	**DD**
MAESTRO, ARTESANO U OTRO							
TITULO DE BACHILLER							
TÉCNICO							
TECNÓLOGO							
TÍTULO PROFESIONAL	ABOGADA	X			2015	12	11
TARJETA O MATRÍCULA PROFESIONAL O REGISTRO							
ESPECIALIZACIÓN							
MAESTRÍA							
DOCTORADO							
OTRO:							
					CUMPLE		**SÍ**

EMPLEADOR / NÚMERO DE CTO	**FECHA INICIO**			**FECHA FIN**			**TOTAL**		
	AÑO	**MES**	**DÍA**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	**AÑOS**	**MESES**	**DÍAS**
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER	2015	3	10	2016	1	9	**0**	**9**	**29**
COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO COMPROMISO SOLIDARIO	2018	1	3	2021	8	31	**3**	**7**	**28**
							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			**3**	**16**	**57**
						CONVERSIÓN AÑOS A MESES			**36,00**
						CONVERSIÓN DÍAS A MESES			**1,90**
						TOTAL EXPERIENCIA (EN MESES)			**53,90**
							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**
							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

Firmado digitalmente por JHOVEDISON JIMENEZ MARTINEZ
Fecha: 2026.08.21 10:57:29 -05'00'

JHON EDINSON JIMENEZ MARTINEZ
DIRECTOR REGIONAL

Elaboró: **VIVIANA MARCELA CUADROS VALBUENA/ABOGADA CPS**