	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	JOHAN ANDREEY GIL MORENO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	Cédula de ciudadanía	**NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN**	1.085.039.287
FORMACIÓN ACADÉMICA REQUERIDA	Tecnico,Tecnologo y/o Profesional	**EXPERIENCIA RELACIONADA**	

	TITULO OBTENIDO	**SI**	**NO**	**N/A**	**AAAA**	**MM**	**DD**
MAESTRO, ARTESANO U OTRO							
TITULO DE BACHILLER	BACHILLER ACADÉMICO	X			2005	12	20
TÉCNICO							
TECNÓLOGO							
TÍTULO PROFESIONAL	INGENIERÍA ELECTRÓNICA	X			2014	2	20
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**
INSTITUTO ARIANO	2024	2	15	2026	6	30	**2**	**4**	**15**
INGENIERIA ELECTRONICA Y TECNOLOGIA SAS	2019	6	1	2023	12	31	**4**	**6**	**30**
CG CONSTRUCTORA	2014	3	1	2018	12	31	**4**	**9**	**30**
							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			**10**	**19**	**75**
				CONVERSIÓN AÑOS A MESES			**120,00**		
				CONVERSIÓN DÍAS A MESES			**2,50**		
				TOTAL EXPERIENCIA (EN MESES)			**141,50**		
							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 Armando Abril Montaña
Fecha: 2026.09.04 09:23:15 -05'00'

ARMANDO ABRIL MONTAÑA
Subdirector(E) del Centro Acuicola y Agroindustrial de Gaira

Revisó: **Yenis Mejia Pomares**

Elaboró: **Alejandra Peña Morán**

	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	ANDREA CAROLINA LUGO YANES		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	Cédula de ciudadanía	**NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN**	1.082.955.656
FORMACIÓN ACADÉMICA REQUERIDA	Tecnico,Tecnologo y/o Profesional	**EXPERIENCIA RELACIONADA**	

	TITULO OBTENIDO	**SI**	**NO**	**N/A**	**AAAA**	**MM**	**DD**
MAESTRO, ARTESANO U OTRO							
TITULO DE BACHILLER							
TÉCNICO							
TECNÓLOGO							
TÍTULO PROFESIONAL	ABOGADA	X			2015	12	4
TARJETA O MATRÍCULA PROFESIONAL O REGISTRO							
ESPECIALIZACIÓN	ESPECIALISTA EN DERECHO LABORAL Y RELACIONES INDUSTRIALES	X			2019	12	7
MAESTRÍA							
DOCTORADO							
OTRO:							
					CUMPLE		**SÍ**

EMPLEADOR / NÚMERO DE CTO	**FECHA INICIO**			**FECHA FIN**			**TOTAL**		
	AÑO	**MES**	**DÍA**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	**AÑOS**	**MESES**	**DÍAS**
UNIVERSIDAD SERGIO ARBOLEDA	2022	7	1	2025	5	26	**2**	**10**	**25**
SINDY LUGO QUIROZ ODONTOPEDIATRA	2021	1	1	2024	2	29	**3**	**1**	**28**
JOSÉ DE LOS SANTOS CHACHIN & ABOGADOS SAS	2016	5	18	2020	12	1	**4**	**6**	**13**
							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			**9**	**17**	**66**
				CONVERSIÓN AÑOS A MESES			**108,00**		
				CONVERSIÓN DÍAS A MESES			**2,20**		
				TOTAL EXPERIENCIA (EN MESES)			**127,20**		
							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 Armando Abril Montaña
Fecha: 2026.09.04 09:23:02 -05'00'

ARMANDO ABRIL MONTAÑA
Subdirector(E) del Centro Acuicola y Agroindustrial de Gaira

Revisó: **Yenis Mejia Pomares**

Elaboró: **Alejandra Peña Morán**

	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	MARIA ELVIRA CONTRERAS NIEBLES		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	Cédula de ciudadanía	**NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN**	1.004.278.120
FORMACIÓN ACADÉMICA REQUERIDA	Tecnico,Tecnologo y/o Profesional	**EXPERIENCIA RELACIONADA**	

	TITULO OBTENIDO	**SI**	**NO**	**N/A**	**AAAA**	**MM**	**DD**
MAESTRO, ARTESANO U OTRO							
TITULO DE BACHILLER	BACHILLER ACADÉMICO	X			2018	12	18
TÉCNICO							
TECNÓLOGO							
TÍTULO PROFESIONAL	ABOGADA	X			2024	8	21
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**
COLEGIO DIVINO NIÑO	2024	10	1	2026	6	30	**1**	**8**	**29**
PERSONERIA DE PUEBLO VIEJO	2024	10	1	2025	10	31	**1**	**0**	**30**
							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			**2**	**8**	**59**
				CONVERSIÓN AÑOS A MESES			**24,00**		
				CONVERSIÓN DÍAS A MESES			**1,97**		
				TOTAL EXPERIENCIA (EN MESES)			**33,97**		
							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 Armando Abril Montaña
Fecha: 2026.09.04 09:22:51 -05'00'

ARMANDO ABRIL MONTAÑA
Subdirector(E) del Centro Acuicola y Agroindustrial de Gaira

Revisó: **Yenis Mejia Pomares**

Elaboró: **Alejandra Peña Morán**

	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	MILENA PAOLA BLANCHARD ARIZA		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	Cédula de ciudadanía	**NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN**	1.122.403.758
FORMACIÓN ACADÉMICA REQUERIDA	Tecnico,Tecnologo y/o Profesional	**EXPERIENCIA RELACIONADA**	

	TITULO OBTENIDO	**SI**	**NO**	**N/A**	**AAAA**	**MM**	**DD**
MAESTRO, ARTESANO U OTRO							
TITULO DE BACHILLER							
TÉCNICO							
TECNÓLOGO							
TÍTULO PROFESIONAL	DERECHO	X			2013	12	13
TARJETA O MATRÍCULA PROFESIONAL O REGISTRO	240303						
ESPECIALIZACIÓN	ESPECIALIZACION EN DERECHO ADMINISTRATIVO	X			2016	6	22
MAESTRÍA							
DOCTORADO							
OTRO:							
					CUMPLE		**SÍ**

EMPLEADOR / NÚMERO DE CTO	**FECHA INICIO**			**FECHA FIN**			**TOTAL**		
	AÑO	**MES**	**DÍA**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	**AÑOS**	**MESES**	**DÍAS**
SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS	2022	1	27	2022	12	27	**0**	**11**	**0**
ASERTIVOS Y ASOCIADOS	2021	1	23	2022	1	13	**1**	**-1**	**20**
FUNDACION SYSTEM CENTER	2021	2	1	2022	11	30	**1**	**9**	**29**
							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	**2**	**19**	**49**
						CONVERSIÓN AÑOS A MESES			**24,00**
						CONVERSIÓN DÍAS A MESES			**1,63**
						TOTAL EXPERIENCIA (EN MESES)			**44,63**
								CUMPLE	**SÍ**

DOCENTE/INSTRUCTOR	**FECHA INICIO**			**FECHA FIN**			**TOTAL**		
	AÑO	**MES**	**DÍA**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**			
INSTRUCTOR	2024	2	5	2024	6	22	**0**	**4**	**17**
INSTRUCTOR	2025	2	21	2025	10	20	**0**	**7**	**29**
							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**	**11**	**46**
						CONVERSIÓN AÑOS A MESES			**0,00**
						CONVERSIÓN DÍAS A MESES			**1,53**
						TOTAL EXPERIENCIA (EN MESES)			**12,53**
								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 Armando Abril Montaña
Fecha: 2026.09.03 13:22:17 -05'00'

ARMANDO ABRIL MONTAÑA
Subdirector(E) del Centro Acuicola y Agroindustrial de Gaira

Revisó: **Yenis Mejia Pomares**

Elaboró: **Alejandra Peña Morán**