	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	SILVIA JULIANA SUÁREZ PAREDES			
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	Cédula de ciudadanía	**NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN**	1.096.956.093	
FORMACIÓN ACADÉMICA REQUERIDA	PROFESIONAL EN ENFERMERÍA	**EXPERIENCIA RELACIONADA**	18	MÍNIMO VEINTICUATRO (24) MESES DE VINCULACIÓN LABORAL EN EL ÁREA DE DESEMPEÑO CON FUNCIONES ASISTENCIALES
		EXPERIENCIA DOCENTE	6	MÍNIMO SEIS (6) MESES DE EXPERIENCIA EN PROCESOS DE FORMACIÓN Y/O EDUCACIÓN

	TITULO OBTENIDO	**SI**	**NO**	**N/A**	**AAAA**	**MM**	**DD**
MAESTRO, ARTESANO U OTRO				X			
TITULO DE BACHILLER				X			
TÉCNICO				X			
TECNÓLOGO				X			
TÍTULO PROFESIONAL	ENFERMERA	X			2017	12	15
TARJETA O MATRÍCULA PROFESIONAL O REGISTRO				X			
ESPECIALIZACIÓN				X			
MAESTRÍA				X			
DOCTORADO				X			
OTRO:							
					CUMPLE		**SÍ**

EMPLEADOR / NÚMERO DE CTO	**FECHA INICIO**			**FECHA FIN**			**TOTAL**		
	AÑO	**MES**	**DÍA**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	**AÑOS**	**MESES**	**DÍAS**
ESE HOSPITAL DE LOS REMEDIOS	2024	2	20	2025	2	17	**1**	**-1**	**27**
CORE O.S	2020	2	3	2021	6	25	**1**	**4**	**22**
							0	**0**	**0**
							0	**0**	**0**
							0	**0**	**0**
							0	**0**	**0**
							0	**0**	**0**
							0	**0**	**0**
							0	**0**	**0**
							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**	**3**	**49**
				CONVERSIÓN AÑOS A MESES			**24,00**		
				CONVERSIÓN DÍAS A MESES			**1,63**		
				TOTAL EXPERIENCIA (EN MESES)			**28,63**		
							CUMPLE		**SÍ**

DOCENTE/INSTRUCTOR	**FECHA INICIO**			**FECHA FIN**			**TOTAL**		
	AÑO	**MES**	**DÍA**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**			
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	2026	2	2	2026	7	3	**0**	**5**	**1**
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	2025	10	2	2025	11	20	**0**	**1**	**18**
							0	**0**	**0**
							0	**0**	**0**
							0	**0**	**0**
							0	**0**	**0**
							0	**0**	**0**
							0	**0**	**0**
							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**	**6**	**19**
				CONVERSIÓN AÑOS A MESES			**0,00**		
				CONVERSIÓN DÍAS A MESES			**0,63**		
				TOTAL EXPERIENCIA (EN MESES)			**6,63**		
							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 GARCIA REYES YADIMYR OSWALDO
Fecha: 2026.09.09 10:48:57 -05'00'

YADIMYR OSWALDO GARCIA REYES
Subdirector (e)

Revisó: **Erika Barrera Montañez Coordi académica**

Elaboró: **Gladys Sofia Rojas Martinez P G06 (e)**