



**DOCUMENTO DE IDONEIDAD Y EXPERIENCIA**

**DOCUMENTO DE REFERENCIA: PT-A-CT-07**

En cumplimiento de lo señalado artículo 2.2.1.2.1.4.9 del Decreto Nacional 1082 de 2015, reglamentario de la Ley 80 de 1993 y de la Ley 1150 de 2007, LENIN GONZALEZ CASTRO, identificado (a) con la cédula de ciudadanía N° 11.801.342 de Quibdó, acredita idoneidad y experiencia para cumplir con el objeto del contrato, de acuerdo con el perfil requerido de la siguiente manera:

<b>REQUISITOS DE IDONEIDAD SEGÚN RESOLUCIÓN 1546 DE 2022: TÍTULO PROFESIONAL, DE 0 A 12 MESES DE EXPERIENCIA</b>	REQUISITOS MÍNIMOS: Título profesional y tener entre 0 a 12 meses de experiencia profesional
<b>CATEGORÍA - NIVEL:</b>	PROFESIONAL UNIVERSITARIO NIVEL 1
<b>Título Profesional /Institución de Educación Superior/fecha de grado</b>	1. Título Profesional en Administrador Público

**Cálculo de experiencia**  
(inserte tantas filas de experiencia como requiera)

Empleador/Contratante	Número de Contrato (incluir el número de contrato/nombramiento)	Objeto (Describir cargo/ objeto del Contrato)	FECHA INICIO			FECHA FIN			TOTAL		
			Año	Mes	Día	Año	Mes	Día	Años	Meses	Días
UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DEL CHOCHÓ		DOCENTE CATEDRÁTICO	2019	1	20	2022	6	20	3	5	0
SENA		INSTRUCTOR	2016	2	5	2016	12	30	0	10	25
SENA		INSTRUCTOR	2017	2	6	2017	8	31	0	6	25
SENA		INSTRUCTOR	2017	10	13	2017	12	11	0	1	28
SENA		INSTRUCTOR	2018	2	1	2018	9	30	0	7	29
SENA		INSTRUCTOR	2019	10	10	2019	12	18	0	2	8
SENA		INSTRUCTOR	2020	2	26	2020	12	12	0	9	16
		INSTRUCTOR	2021	3	3	2021	10	16	0	7	13
									3	47	144
									36	47	4,8
<b>Total meses de experiencia</b>										<b>87,8</b>	

Nota: Para el cómputo de la experiencia no se tendrán en cuenta los períodos de ejecución simultánea, traslajo, o doble tiempo de ejecución.

**Homologación de experiencia por formación**  
(inserte tantas filas de experiencia como requiera)

En el evento de aplicarse el artículo 4 de la Resolución 003 del 2 de enero de 2020, indicar cual es el requisito que se homologa y describir la forma y términos de su homologación:

Se va a homologar experiencia por formación Si ( ) No ( x ) :

Empleador/Contratante	Número de Contrato (incluir el número de contrato/nombramiento)	Objeto (Describir cargo/ objeto del Contrato)	FECHA INICIO			FECHA FIN			TOTAL		
			Año	Mes	Día	Año	Mes	Día	Años	Meses	Días
									0	0	0
									0	0	0
									0	0	0
									0	0	0
									0	0	0
									0	0	0
									0	0	0
									0	0	0
<b>Total meses de experiencia</b>										<b>0,0</b>	

Indique que homologación se realiza:

- Título de posgrado: Maestría ( )
- Título de posgrado: Especialización ( )
- Título Profesional Adicional ( )
- Título de Bachiller ( )

**EL/LA CONTRATISTA CUMPLE CON LOS REQUISITOS EXIGIDOS, de acuerdo a la verificación del cumplimiento de los requisitos de idoneidad y experiencia exigidos dentro de los estudios previos, previa comprobación por parte del área solicitante de la veracidad de dichos documentos con los cuales soporta su idoneidad y su experiencia.**

**Firma del Director Territorial**

Elaboró: (ingresar nombres y apellidos de quien elabora)

Revisó: (ingresar nombre y apellidos de quien le revisa al ordenador del gasto)

Aprobó: (ingresar nombres y apellidos completos y cargo del ordenador del gasto)