ICANH	PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN PRECONTRACTUAL	CÓDIGO:	GC-PR-08-FO-02
		VERSIÓN:	02
	ACTA DE IDONEIDAD	FECHA:	26/11/2024

OBJETO CONTRACTUAL
Prestar servicios de apoyo a la gestión para la conducción y el acompañamiento logístico de las actividades institucionales del Instituto Colombiano de Antropología e Historia – ICANH en el municipio de San José del Guaviare, orientadas a fortalecer la presencia regional de la entidad, garantizar el desarrollo de las acciones misionales y apoyar la protección, conservación y gestión del patrimonio arqueológico en los polígonos de Cerro Azul, Nuevo Tolima y El Raudal, así como en la sede administrativa del Centro Regional Guaviare.

Teniendo en cuenta lo exigido en el artículo 2.2.1.2.1.4.9. del Decreto 1082 de 2015, mediante la presente acta se procede a evaluar la idoneidad para suscribir el contrato cuyo objeto contractual fue descrito anteriormente, conforme a lo dispuesto en los estudios previos para el efecto, de:

NOMBRE COMPLETO	WILLIAM ALEXANDER ROJAS MELENDEZ	
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	C.C.	1.120.573.449

PERFIL EXIGIDO

FORMACION ACADÉMICA

Título de formación técnica o aprobación de cuatro (04) semestres de formación profesional o aprobación del 40% del pensum académico de formación profesional en Economía, Administración, Contaduría y afines

	Nivel Académico	Título	Institución	Fecha de grado	N° TP o MP	Fecha expedición TP o MP
Estudios no profesionales						
Terminación de materias (si aplica)						
Técnico, técnologo o profesional	Técnologo	TECNÓLOGO EN GUIANZA TURÍSTICA	El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA	27/7/2022	7386	13/03/2024
Posgrado						

EXPERIENCIA

Seis (06) Meses de Experiencia Laboral

	Fecha inicio	Fecha terminación	Término ejecución		Fecha expedición certificación	EMPRESA / ENTIDAD
	DIA/MES/AÑO	DIA/MES/AÑO	MESES	DÍAS	DIA/MES/AÑO	
PROFESIONAL	26/2/2025	30/12/2025	10	4	30/12/2025	ICANH - CONTRATO 268-2025
			0	0		
			0	0		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA			10	4		

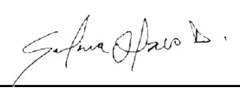
EQUIVALENCIA ENTRE ESTUDIOS Y EXPERIENCIA

NO APLICA

REQUISITOS PARTICULARES PARA EL EJERCICIO DE LA ACTIVIDAD	NOMBRE DEL CURSO/ CAPACITACIÓN/ ENTRENAMIENTO	INSTITUCIÓN/ ENTIDAD QUE CERTIFICA	FECHA DE TERMINACIÓN
	NOMBRE DE LA CERTIFICACIÓN O LICENCIA ESPECÍFICA	NÚMERO DE LA LICENCIA	FECHA DE EXPEDICIÓN

Nota (REQUISITOS PARTICULARES PARA EL EJERCICIO DE LA ACTIVIDAD): Solo diligenciar las celdas si correponde de acuerdo con el numeral 8. de los estudios previos.

FORMACION ACADÉMICA	CUMPLE
EXPERIENCIA	CUMPLE
REQUISITOS PARTICULARES PARA EL EJERCICIO DE LA ACTIVIDAD	CUMPLE

FIRMA	
NOMBRE DEL FUNCIONARIO:	ANA SILVIA OLANO
CARGO:	
ÁREA SOLICITANTE:	SECRETARIA GENERAL

Elaboró: Isabel Escorcia - Contratista 