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 con autonomía técnica, administrativa y financiera para apoyar los procesos de gestión documental y administrativa, así como la atención de solicitudes y requerimientos de usuarios internos y externos asociados al Grupo de Arqueología.

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	Heidy Yuliet Sepúlveda Fuentes	
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**C.C.**	1072659891

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 administración, economía, contaduría, ingeniería, gestión documental 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	**Profesional**	**Administrador de Empresas**	**La Universidad de Cundinamarca**	**9/9/2020**		
Posgrado						

EXPERIENCIA						
6 meses de experiencia o su equivalencia						
Tipo de Experiencia	**Fecha inicio**	**Fecha terminación**	**Término ejecución**		**Fecha expedición certificación**	**EMPRESA / ENTIDAD**
	DIA/MES/AÑO	DIA/MES/AÑO	MESES	DÍAS	DIA/MES/AÑO	
LABORAL	25/1/2024	24/12/2024	10	29	8/7/2025	ICANH
LABORAL			0	0		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA			10	29		

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	**NO APLICA**

FIRMA	
NOMBRE DEL FUNCIONARIO:	**JUAN MANUEL DIAZ**
CARGO:	**Coordinador Grupo de Arqueología Profesional Grado 20**
ÁREA SOLICITANTE:	**GRUPO DE ARQUEOLOGÍA**

Elaboró: Juan Carlos Rojas Mateus

Revisó: Carlos David Riveros Ospina