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

OBJETO CONTRACTUAL
Prestar servicios profesionales con autonomía técnica, administrativa y financiera para apoyar los procesos de mediación cultural, participación y apropiación social de la segunda fase del Convenio Interinstitucional FNTC 278 de 2025, asociados a los Lineamientos para el Ordenamiento y la Gestión Integral del Turismo en Parques y Áreas Arqueológicas de Colombia

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	MATEO OSPINA ACOSTA	
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**C.C.**	1.013.668.633

PERFIL EXIGIDO

FORMACION ACADÉMICA

TÍTULO PROFESIONAL EN ARQUEOLOGÍA. ANTROPOLOGÍA 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**	**ARQUEÓLOGO**	**Universidad Externado de Colombia**	**12/12/2023**		
Posgrado						

EXPERIENCIA

12 MESES DE EXPERIENCIA RELACIONADA 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	
PROFESIONAL	1/1/2025	28/2/2025	1	27	14/8/2025	Fundación Trenza
PROFESIONAL	22/3/2024	30/12/2024	9	8	25/2/2025	INSTITUTO COLOMBIANO DE ANTROPOLOGÍA E HISTORIA
PROFESIONAL	23/6/2023	9/12/2023	5	16	25/2/2025	INSTITUTO COLOMBIANO DE ANTROPOLOGÍA E HISTORIA
			0	0		
			0	0		
			0	0		
			0	0		
			0	0		
			0	0		
			0	0		
			0	0		
			0	0		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA			16	21		

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:	**Ana Silvia Olano Aponte**
CARGO:	**Secretaria General**
ÁREA SOLICITANTE:	**Secretaria General**

Elaboró: Camilo Villota. Profesional especilaizado codigo 2028 grado 15 