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 del patrimonio asociados a la etapa final de ejecución del Convenio de Cooperación FNTC-278-2025, en el marco del proyecto "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 O 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 PROFESIONAL 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	23/01/2026	22/06/2026	5	0	CTO 201-2026	INSTITUTO COLOMBIANO DE ANTROPOLOGÍA E HISTORIA
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
			0	0		
			0	0		
			0	0		
			0	0		
			0	0		
			0	0		
			0	0		
			0	0		
			0	0		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA			21	5		

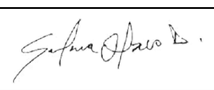
EQUIVALENCIA ENTRE ESTUDIOS Y EXPERIENCIA

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 