# MEMORANDO

Radicado No: 202444300000057163

**Para:** **Dra. ANA LILIANA CAMACHO MANTILLA**
Coordinadora Grupo Jurídico
ICBF Regional Cundinamarca

**Asunto:** **SOLICITUD CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

**Fecha:** 2024-09-12

Reciba un cordial Saludo:

De manera atenta adjunto documentos soporte con el fin de adelantar el trámite de los contratos de Prestación de Servicios del Grupo de Asistencia Técnica de la Regional y Centros Zonales de la Cundinamarca, Código BPIN: 2018011000557.

| CONTRATISTA | CEDULA | ID |
|---|---|---|
| YINETH VALENTINA BERMUDEZ VILLA | 1007718633 | 212433 |
| MARYORI EXMAR RODRIGUEZ DIAZ | 1012461835 | 212412 |
| RICHARD LEONARDO CORREA MORENO | 1024518352 | 212431 |
| DOREILY SULEIMA MORENO LOPEZ | 1077147617 | 212419 |
| JULIAN DAVID SIERRA ORDOÑEZ | 1.070.610.826 | 212424 |

Cordialmente,

**ANA LILIANA CAMACHO MANTILLA**
Coordinadora del Grupo Asistencia Tecnica
ICBF Regional Cundinamarca

Aprobó: Ana Liliana Camacho Mantilla – Coordinadora Grupo Asistencia Técnica
Revisó: Ana Liliana Camacho Mantilla – Coordinadora Grupo Asistencia Técnica
Proyectó: Jairo Alberto Sabogal Santana – Abogado Contratista - Grupo Asistencia Técnica.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha de entrega o cargue:** | 10 | 09 | 2024 | **Número de proceso asignado en SITCO:** | 212424 |
| **Dependencia líder de la necesidad:** | CENTRO ZONAL GIRARDOT | | | | |
| **Nombre proveedor:** | JULIAN DAVID SIERRA ORDOÑEZ | | | | |

**I. DOCUMENTOS CON INFORMACIÓN PRIVADA Y/O CONFIDENCIAL**

Se deberá entregar una sola carpeta con todos los documentos que están relacionados en esta sección (del 1 al 10), en el siguiente orden:

| Documento | Entregado | Pendiente | No aplica |
|---|---|---|---|
| **1.** Documento de identificación del proveedor. | x | | |
| **2.** Hoja de vida SIGEP firmada por el proveedor. | x | | |
| **3.** Certificación de examen médico ocupacional[1]. | x | | |
| **4.** Constancia de registro como proveedor en la plataforma Secop II. | x | | |
| **5.** Constancia registro como proveedor del ICBF. | x | | |
| **6.** Certificación bancaria. | x | | |
| **7.** Registro Único Tributario – RUT. | x | | |
| **8.** Registro Información Tributaria RIT si el lugar de ejecución del contrato es en Bogotá. | | | x |
| **9.** Formato de manifestación del contribuyente si es o no responsable de IVA firmado por el proveedor. | x | | |
| **10.** Consulta al registro de inhabilidades por delitos contra la libertad, integridad y formación sexuales contra niños, niñas y adolescentes[2]. | x | | |

**II. DOCUMENTOS DE LA CONTRATACIÓN E IDONEIDAD**

Se deberá entregar una sola carpeta con todos los documentos que están relacionados en esta sección (del 11 al 32), en el siguiente orden:

| Documento | Entregado | Pendiente | No aplica |
|---|---|---|---|
| **11.** Solicitud del trámite contractual a la Dirección de Contratación. | x | | |
| **12.** Certificado PACCO. | x | | |
| **13.** Estudio Previo firmado por el Jefe o Director de la dependencia líder de la necesidad. | x | | |
| **14.** Certificado de Disponibilidad Presupuestal – CDP y de autorización de vigencia futura (cuando aplique). | x | | |
| **15.** Matriz de riesgos. | x | | |
| **16.** Certificado de idoneidad firmado por el Jefe o Director de la dependencia líder de la necesidad. | x | | |
| **17.** Soportes de educación o formación del proveedor. | x | | |
| **18.** Copia de la tarjeta o matrícula profesional del proveedor (si aplica). | x | | |

[1] Este examen tendrá vigencia máxima de tres (3) años y será válido para todos los contratos que suscriba el proveedor, siempre y cuando se haya valorado el factor de riesgo más alto al cual estará expuesto en todos los contratos. En el caso de perder su condición de contratista por un periodo superior a seis (6) meses continuos, deberá realizarse nuevamente el examen.

[2] Fecha de consulta no mayor a 30 días calendario cuando aplique.

¡Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÌTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

PÚBLICA

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **19.** | Certificado de antecedentes profesionales del proveedor. Debe estar vigente (si aplica). | x | | |
| **20.** | Certificaciones laborales o contractuales que acrediten la experiencia del proveedor. | x | | |
| **21.** | Certificado de no existencia en planta firmado por el funcionario competente. | x | | |
| **22.** | Formato de declaración de inhabilidad, incompatibilidad o conflicto de intereses para contratar firmado por el proveedor. | x | | |
| **23.** | Formato de autorización de tratamiento de datos personales firmado por el proveedor. | x | | |
| **24.** | Formato de compromiso de confidencialidad firmado por el proveedor. | x | | |
| **25.** | Formato cumplimiento Directiva Presidencial No. 01 del 03 de marzo de 2021 firmado por el líder de la necesidad y el proveedor. | x | | |
| **26.** | Certificación afiliación al Sistema de Seguridad Social Integral (Salud y Pensión) con fecha de consulta no mayor 30 días. | x | | |
| **27.** | Certificado de antecedentes de responsabilidad fiscal (Contraloría). | x | | |
| **28.** | Certificado de antecedentes disciplinarios (Procuraduría). | x | | |
| **29.** | Consulta de antecedentes judiciales (Policía Nacional de Colombia) (fecha de consulta no mayor a 30 días). | x | | |
| **30.** | Consulta del Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC (fecha de consulta no mayor a 30 días). | x | | |
| **31.** | Certificación de Registro de Deudores Alimentarios Morosos (REDAM) (fecha de consulta no mayor a 30 días). | x | | |
| **32.** | Verificación de Situación Militar (aplica solo para hombres menores de 50 años) Consulta en el Comando de Reclutamiento y Control Reservas no mayor a 30 días. | x | | |
| **33.** | Cronograma de flujo de pagos firmado por el Jefe o Director de la dependencia líder de la necesidad. | | | x |

**Nombre y firma de quien revisó, consolidó y entregó los documentos a la Dirección de Contratación:**

| **Firma:** | |
|---|---|
| **Nombre:** | Ana Milena Toro Ibarra |
| **Vinculación:** | Profesional Universitario |
| **Oficina o Dirección líder de la necesidad:** | GAT |

**Nombre y firma de quien validó los documentos por parte de la Dirección de Contratación:**

| **Firma:** | |
|---|---|
| **Nombre:** | |
| **Vinculación:** | |
| **Ubicación de los documentos:** | |

PUBLICA



CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.070.610.826

Apellidos
SIERRA ORDOÑEZ

Nombres
JULIAN DAVID

Nacionalidad
COL

Estatura
1.78

Sexo
M

Fecha de nacimiento
23 JUN 1993

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
GIRARDOT (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
20 SEPT 2011, GIRARDOT

Fecha de expiración
13 DIC 2031

Firma



.00

001397844

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL001397844815109<<<<<<<<<<<
9306233M3112135COL1070610826<5
SIERRA<ORDONEZ<<JULIAN<DAVID<<

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) | NOMBRES |
|---|---|---|
| Sierra | Ordoñez | Julian David |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | SEXO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1070610826 | F ( ) M (X) | COL. (X) EXTRANJERO ( ) | COLOMBIA |

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE (X) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO 1070610826 D.M. 41

| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO | | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA | DIA 23 MES 06 AÑO 1993 | manzana 13 cas 29 la esperanza apartamento 2 piso la esperanza | | | |
| PAÍS | COLOMBIA | PAÍS | COLOMBIA | DEPTO | CUNDINAMARCA |
| DEPTO | CUNDINAMARCA | MUNICIPIO | GIRARDOT | | |
| MUNICIPIO | GIRARDOT | TELÉFONO | 3176982055 | EMAIL | JULIAN.SIERRA2393@GMAIL.COM |

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

***EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA***

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO ( LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA )

| EDUCACIÓN BÁSICA | | | | | | | | | | | TÍTULO OBTENIDO | BASICA SECUNDARIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO | | | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | 11° | MES | 12 | AÑO | 2009 |
| | | | | | | | | | | X | | | | |

***EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)***

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

**TC** (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA ESPECIALIZADA) **UN** (UNIVERSITARIA)

**ES** (ESPECIALIZACIÓN) **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

| MODALIDAD ACADÉMICA | No. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO | | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN | | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | NO | | MES | AÑO | |
| PREGRADO | 10 | X | | PSICOLOGIA | 11 | 2022 | 274999 |

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

| IDIOMA | LO HABLA | | | LO LEE | | | LO ESCRIBE | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | R | B | MB | R | B | MB | R | B | MB |
| | | | | | | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>CLINICA DEL AMOR (TRABAJANDO POR LA SALUD EMOCIONAL) | | | *PÚBLICA* | | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>CUNDINAMARCA | *MUNICIPIO*<br>GIRARDOT | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3112852770 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 02 | *Año* 2023 | *Día* | 29 | *Mes* | 02 | *Año* | 2024 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>COORDINADOR ACCION SOCIAL | *DEPENDENCIA*<br>ACADEMICA Y SALUD | | | | | *DIRECCIÓN* | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>FADOR FC | | | *PÚBLICA* | | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>CUNDINAMARCA | *MUNICIPIO*<br>GIRARDOT | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3504942394 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 10 | *Mes* | 07 | *Año* 2022 | *Día* | 20 | *Mes* | 12 | *Año* | 2023 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>COMO PSICOLOGO | *DEPENDENCIA*<br>ACTIVIDAD FISICA Y SALUD | | | | | *DIRECCIÓN*<br>AUTOPISTA 1A 2J 1 SUR MANZANA 13 CASA 29 | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>INSTITUTO FRANCESCO PETRARCA | | | *PÚBLICA* | | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>CUNDINAMARCA | *MUNICIPIO*<br>GIRARDOT | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3112466936 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 07 | *Año* 2022 | *Día* | 01 | *Mes* | 12 | *Año* | 2023 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>COMO PSICOLOGO | *DEPENDENCIA*<br>ACADEMICA Y SALUD | | | | | *DIRECCIÓN* | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>FADOR FUTBOL CLUB | | | *PÚBLICA* | | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>CUNDINAMARCA | *MUNICIPIO*<br>GIRARDOT | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3504942394 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 15 | *Mes* | 01 | *Año* 2017 | *Día* | 28 | *Mes* | 02 | *Año* | 2019 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA* | | | | | *DIRECCIÓN*<br>manzana 13 casa 29 la esperanza 1 piso | | | | | |

## 4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

| *EXPERIENCIAS DEL DOCENTE* | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *INSTITUCIÓN EDUCATIVA* | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | | | | *CORREO ELECTRÓNICO* | | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día:* | | *Mes:* | | *Año:* | | *Día:* | | *Mes:* | | *Año:* | |
| *AREA DE CONOCIMIENTO* | *NIVEL EDUCATIVO* | | | | *DIRECCIÓN* | | | | | | |

**5** **TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA**

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES

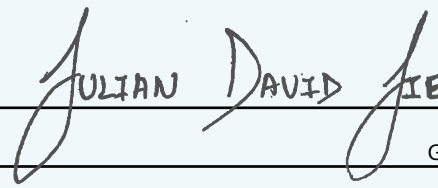
| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO | 0 | 0 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 1 | 7 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 2 | 1 |
| **TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA** | 3 | 8 |

**6** **FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO X ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

*Ciudad y fecha de diligenciamiento*




GIRARDOT, 04-SEPTIEMBRE-2024

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

**7** **OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS**

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

*Ciudad y fecha*

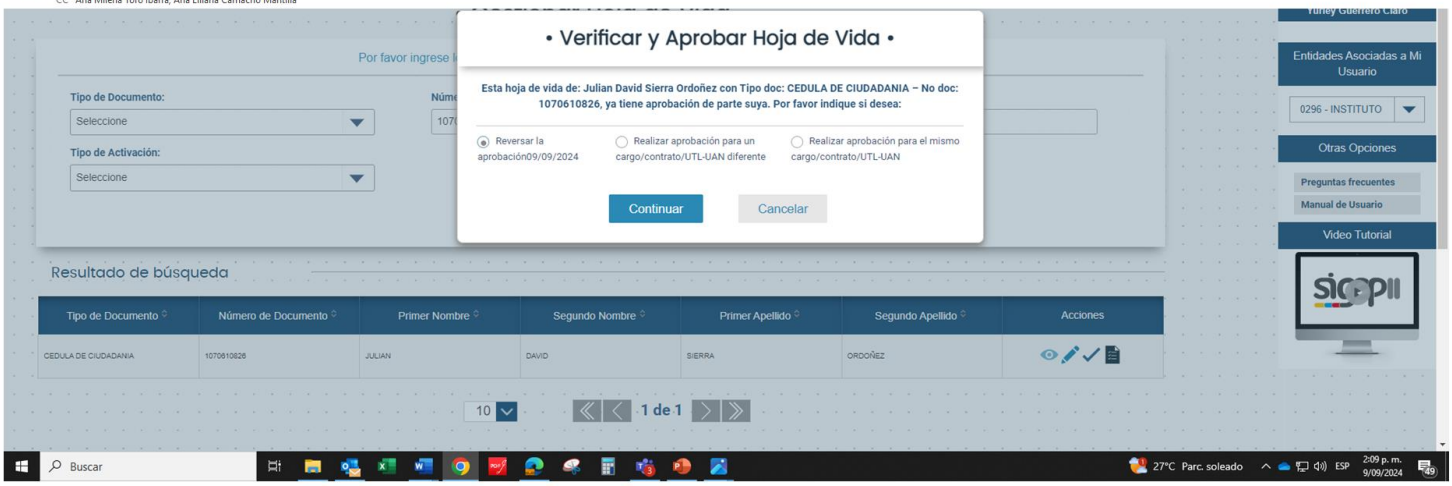
*NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

RV: validacion hoja de vida del sigep JULIAN SIERRA

Yurley Guerrero Claro
Para julian david sierra ordoñez
CC Ana Milena Toro Ibarra; Ana Liliana Camacho Mantilla

Responder | Responder a todos | Reenviar

lunes 9/09/2024 2:11 p. m.




**Yurley Guerrero Claro**
Técnico Administrativo/ Planta
Grupo Jurídico
ICBF Regional Cundinamarca
Carrera 47 No. 91-74 La Castellana
Teléfono: 601 4377630 Ext. 141017

Assomet Asesores
En Seguridad y Salud en el Trabajo

# CERTIFICADO MÉDICO DE PREINGRESO OCUPACIONAL

Fecha: 2024-09-05

## 1. INFORMACIÓN GENERAL



| | | | |
|---|---|---|---|
| Empresa Usuaria: | INDEPENDIENTE | Actividad económica: | Servicios |
| Nombre: | JULIAN DAVID SIERRA ORDOÑEZ | Documento: | CC 1070610826 |
| Fecha de nacimiento: | 1993-06-23 | Lugar de nacimiento: | GIRARDOT (CUNDINAMARCA) |
| Edad: | 31 años | Identidad de Género: | Masculino |
| Estado civil: | Soltero | No. hijos vivos: | 0 |
| Dirección actual: | MZ 13 CS 29 B/LA ESPERANZA | Municipio: | GIRARDOT |
| Teléfono: | 3176982055 | Escolaridad: | Universitario_completo |
| Ocupación: | CONTRATISTA | EPS: | Famisanar |
| Responsable**: | SILVIA ORDOÑEZ (MADRE ) | Teléfono: | 3183887481 |
| Acompañante: | El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante. | | |

*** La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.*

## INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados:

No presenta carnet de vacunación para revisión.

## PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Visiometría: NO APLICA.
Audiometría: NO APLICA.
Espirometría computarizada: NO APLICA.

## CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a JULIAN DAVID SIERRA ORDOÑEZ con documento de identificación No. 1070610826 se considera no presenta restricciones para desempeñar la ocupación de CONTRATISTA del sector económico Servicios

## CONDUCTAS OCUPACIONALES PREVENTIVAS

1. CLASIFICACIÓN EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA OSTEOMUSCULAR: De acuerdo a la información disponible y el examen realizado se clasifica como NO CASO.

## RECOMENDACIONES GENERALES (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

No se generan recomendaciones médicas

## CONCEPTO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.



Natalia Isabel Arrieta Molina
Medico
Especialista en salud ocupacional
Universidad del Rosario
Res 5503 de 26/07/2023



*Firma para identificación de usuario*
JULIAN DAVID SIERRA ORDOÑEZ
Documento: 1070610826

Escanee el código si desea verificar datos

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES DE INGRESO: Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales de ingreso, con el objeto de determinar la existencia de restricciones para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MÉDICO DE INGRESO del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clinica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, segun lo establecido en la Resolución 1918 de Junio 5 de 2009 y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.



Impreso por: karen.parra
Fecha: 2024-09-05 Hora: 11:04

Aumentar el contraste

UTC -5 19:19:53
JULIAN DAVID SIER...



Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a | Buscar...

Escritorio → **Configuración Entidad Estatal/Proveedor**

- Datos de la Entidad Estatal/Proveedor
- Áreas de interés
- Configuración Entidad Estatal / Proveedor
- Administración de usuarios
- Recomendaciones (no disponible)
- Biblioteca de documentos
- Suscripción a notificaciones

Editar datos resumen | Editar datos completos

## Información general

| | |
|---|---|
| Logo de la entidad |  |
| Nombre de la entidad | julian david sierra ordoñez |
| Nombre abreviado | JULIAN DAVID SIERRA ORDO?EZ |
| Fecha de creación | 8/03/2019 *(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* |
| País de origen | COLOMBIA |
| Tipo de documento | Cédula de Ciudadanía |
| Número de documento | 1070610826 |
| Tipo Entidad Estatal / Proveedor | Persona Natural colombiana |
| Código UNSPSC | |
| Zona horaria | |
| Idioma | |
| Moneda por defecto | |
| País | COLOMBIA |


SIA Sistema de Información de Apoyo
julian.sierra
SEGURIDAD
Cambio de clave
PROVEEDORES
SIA - Sistema de Información de Apoyo
Bienvenido!
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar . © Todos los derechos reservados . Colombia . 2024 – Versión: 0.4.61 - 12/08/2024

Creando Oportunidades

# BBVA Colombia
# NIT 860.003.020-1
# Certifica

Que nuestro(a) cliente JULIAN DAVID SIERRA ORDO EZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 1,070,610,826 se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 389335480 aperturada el 4 de octubre de 2016 cuenta ACTIVA y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, el 4 de septiembre de 2024.

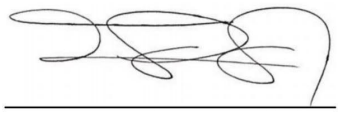
---

Para trámites de nómina,legales,internacionales y otros,también puedes usar las siguientes opciones de número de cuenta:

| | |
|---|---|
| Cuenta de 10 dígitos: | 0389335480 |
| Cuenta de 16 dígitos: | 0389000200335480 |
| Cuenta de 20 dígitos: | 00130389000200335480 |

---

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

*Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.*

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141106918601

(415)7707212489984(8020) 000014110691860 1

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 7 0 6 1 0 8 2 6 | 1 | Impuestos y Aduanas de Girardot 8 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 0 7 0 6 1 0 8 2 6 | |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Cundinamarca 2 5 | Girardot 3 0 7 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| SIERRA | ORDOÑEZ | JULIAN | DAVID |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Cundinamarca 2 5 | Girardot 3 0 7 |

41. Dirección principal: MZ 13 CA 29 BRR LA ESPERANZA

42. Correo electrónico: julian.sierra2393@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 1 7 6 9 8 2 0 5 5 | 3 0 4 5 4 6 2 5 8 9 |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 6 9 9 | 2 0 2 4 0 8 0 9 | 8 5 5 2 | 2 0 2 0 0 2 1 9 | 8 6 9 1 | | | | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Código 4 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

49 - No responsable de IVA

### Usuarios aduaneros

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 54. Código | | | | | | | | | |

| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |

### Exportadores

| 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 57. Modo | | | |
| | | 58. CPC | | | |

**IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación**

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 08 - 09 / 11 : 24: 22

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre SIERRA ORDOÑEZ JULIAN DAVID

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Yo, JULIAN DAVID SIERRA ORDOÑEZ (a) con Cedula de Ciudadanía No. 1070610826, por medio del presente manifiesto, de forma clara y consciente que el valor total del (los) contrato(s) suscrito(s) en el año anterior al de ejecución del contrato a suscribir con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar- ICBF **NO** supera(n) los topes establecidos por el Estatuto Tributario; en consecuencia, **NO** soy responsable de IVA, de conformidad con lo establecido en el parágrafo 3 del artículo 437 del Estatuto Tributario[1].

Así mismo manifiesto, de forma clara y consciente que el valor total del (los) contrato(s) a suscribir para la presente vigencia **NO** supera(n) los topes establecidos por el Estatuto Tributario; en consecuencia, **NO** soy responsable de IVA.

Se suscribe en la ciudad de Bogotá D. C., 4 de septiembre de 2024

| **Firma del futuro contratista:** | |
|---|---|
| **Nombre del proveedor o futuro contratista:** | JULIAN DAVID SIERRA ORDOÑEZ |
| **Tipo y número de documento futuro contratista:** | CC 1070610826 |

Clasificada

[1] Se consideran como no responsables del Iva en función de unos topes mínimos de ingresos y otros conceptos

El(la) suscrito(a) JULIAN DAVID SIERRA ORDOÑEZ, identificado con C.C. No. 1070610826 expedida en Girardot- Cundinamarca, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Cecilia de la Fuente de Lleras – ICBF con NIT. 899.999.239-2, a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores edad que administra el Ministerio de Defensa-Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada cuatro (4) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en www.icbf.gov.co, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Bogotá D.C., el día (2) de septiembre del 2024.



Firma _____
Nombre **JULIAN DAVID SIERRA ORDOÑEZ**
Cédula **1070610826**

PUBLICA

# CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 22:54:49 horas del 02/09/2024, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1070610826,** Apellidos y Nombres **SIERRA ORDOÑEZ JULIAN DAVID**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ICBF**, con NIT **899999239-2** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta

En el Sistema de Información del Plan Anual de Compras y Contratación PACCO, se proyectó la contratación que a continuación se describe:

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Certificación No.:** | | **9FD2606A-17D9-4BBF-96B6-20B1A04252C4** | |
| Vigencia: | 2024 | Fecha y hora de certificación: | 06/09/2024 12:21 p. m. |
| Consecutivo: | 27408 | Regional: | REGIONAL CUNDINAMARCA |
| Modalidad: | CONTRATACIÓN DIRECTA | Tipo de contrato: | CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS |
| Fecha publicación SECOP: | 03/09/2024 | | PACCO PAA |
| Objeto parametrizado PACCO: | | | |
| PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN, SOPORTE ADMINISTRATIVO, FINANCIERO Y DE ASISTENCIA TÉCNICA A LOS PROGRAMAS Y PROYECTOS A CARGO DEL ICBF | | | |
| Objeto contractual: | | | |
| PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES A LA REGIONAL CUNDINAMARCA PARA APOYAR EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE ACOMPAÑAMIENTO E INTERVENCIÓN FAMILIAR A TRAVÉS DEL SERVICIO"PRESENCIA PARA LA CONVIVENCIA Y EL FORTALECIMIENTO DE VINCULOS FAMILIARES" EN EL MARCO DE LA ASISTENCIA Y ASESORIA A LA FAMILIA. | | | |
| Valor programado a contratar*: | | | $15.458.108,00 |
| Valor contratado: | | | $0,00 |
| Deducciones aplicadas al contrato | | | |
| Saldo programado a contratar: | | | $15.458.108,00 |
| Valor vigencias futuras | | | $0,00 |

* El "Valor Programado a Contratar" corresponde únicamente a la cifra que afecta el presupuesto de la vigencia actual.

| Rubros que financian el consecutivo | | Recurso | Valor programado | Valor contratado | Saldo a contratar |
|---|---|---|---|---|---|
| C-4602-1500-9-704080-4602022-02-991 | SOPORTE A LA GESTIÓN DEL PROYECTO - APOYO EN CONTRATACIÓN DE SERVICIOS | 27 | $15.458.108,00 | $0,00 | $15.458.108,00 |

Esta certificación fue generada a través del Sistema de Información del Plan Anual de Compras y Contratación PACCO el día: viernes, 06 de septiembre de 2024

Generada por: jorge.chitiva

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

| **Estudio Previo** | | |
|---|---|---|
| **1. Datos del área responsable de la necesidad:** | **Área solicitante:** | **GRUPO ASISTENCIA TECNICA** |
| | **Responsable del área solicitante:** | **GRUPO ASISTENCIA TECNICA** |
| | **Nombre del servidor o contratista que diligencia el estudio previo:** | **ANA LILIANA CAMACHO MANTILLA** |
| **2. Número de proceso en PACCO:** | **27408** | |
| **3. Número del Estudio Previo - SITCO:** | **212424** | |
| **4. Objeto:** | **PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES A LA REGIONAL CUNDINAMARCA PARA APOYAR EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE ACOMPAÑAMIENTO E INTERVENCIÓN FAMILIAR A TRAVÉS DEL SERVICIO "PRESENCIA PARA LA CONVIVENCIA Y EL FORTALECIMIENTO DE VINCULOS FAMILIARES" EN EL MARCO DE LA ASISTENCIA Y ASESORIA A LA FAMILIA.** | |
| **5. Descripción de la necesidad a satisfacer:** | En este análisis deberán concretarse, entre otros, los siguientes aspectos:<br><br>**a) Justificación del EP:**<br><br>• El ICBF es un establecimiento público creado mediante la Ley 75 de 1968 y su Decreto Reglamentario 2388 de 1979, adscrito al Ministerio de Igualdad y Equidad como organismo principal del sector central de la Rama Ejecutiva en el orden nacional, rector del sector administrativo de Igualdad y Equidad y de sus entidades adscritas o vinculadas, y de los órganos de asesoría, coordinación y articulación señalados legal o reglamentariamente.<br><br>• De conformidad con el artículo 38 del Decreto 987 de 2012 son funciones de la Dirección de Protección entre otras, las siguientes:<br><br>• "Diseñar la política institucional dirigida a la infancia y adolescencia a nivel de protección. 2. Definir los lineamientos generales en materia de protección que deben ser tenidos en cuenta en todos los procesos relacionados con el reconocimiento de derechos a los niños, niñas y adolescentes. 3. Coordinar la formulación e implementación de la Política Nacional de Prevención y Atención de la Delincuencia Infantil y Juvenil. (…) 5. Diseñar servicios, actualizar y validar los lineamientos técnicos existentes cumpliendo con la misión del Instituto. 6. Orientar la implementación en el nivel territorial de los productos y servicios, diseñados por la Dirección. 7. Definir los parámetros bajo los cuales se brinda asesoría y asistencia técnica a las Regionales y Centros Zonales del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y a las organizaciones del orden nacional y territorial que prestan el Servicio Público de Bienestar Familiar. 8. Asesorar, capacitar y hacer seguimiento a las Regionales del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Agentes del Sistema Nacional de Bienestar Familiar en la implementación de políticas, planes, lineamientos técnicos y estándares para la protección integral de la niñez. 9. Coordinar la definición de los protocolos propios de cada uno de los servicios que hacen parte de la Dirección y apoyar el proceso de implementación de los mismos en todo el territorio nacional. 10. Definir estándares de calidad, procesos, procedimientos y métodos de trabajo para la organización y prestación del Servicio Público de Bienestar Familiar, dando especial énfasis a la optimización de los procesos que tengan un alto impacto en el servicio que se brinda a los usuarios, y en el | |

PÚBLICA

mejoramiento de la calidad y la eficiencia del funcionamiento institucional. 11. Establecer las políticas en materia técnica relacionadas con la movilidad de los equipos psicosociales y divulgarlas a todas las regionales 12. Asesorar, capacitar y hacer seguimiento a las Regionales del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Agentes del Sistema Nacional de Bienestar Familiar en la implementación de políticas, planes, lineamientos técnicos y estándares para la protección integral de la niñez. 13. Hacer seguimiento, retroalimentar y ajustar los programas de acuerdo con los resultados obtenidos, los recursos disponibles y las características de cada una de las poblaciones cubiertas".

- En consecuencia, teniendo en cuenta que mediante certificación expedida por el (la) Director (a) de Gestión Humana del ICBF se deja constancia que no existe en planta un funcionario que adelante las tareas aquí plasmadas. Por ello, el ICBF requiere contratar una persona, que preste al **CENTRO ZONAL GIRARDOT**, por sus propios medios, con plena autonomía técnica y administrativa, sus servicios profesionales para apoyar el cumplimiento de las funciones del área.

- Teniendo en cuenta el objeto a contratar y las obligaciones a desarrollar en ejecución del contrato, se requiere entonces que la persona a contratar cumpla con el siguiente perfil:

*Por tratarse de un contrato de prestación de servicios profesionales de conformidad con lo establecido en la normativa vigente, se podrá contratar directamente, para lo cual el candidato demostrará que está en capacidad de ejecutar el objeto del contrato y que posee la idoneidad y experiencia mediante la acreditación de las condiciones de formación académica y experiencia señaladas a continuación, de conformidad con lo dispuesto en la Resolución 6747 del 13 octubre 2023 y las demás que la compilen, actualicen o modifiquen.*

| *Categoría** | *Nivel** | *Requisitos** | *Contenido del Requisito* |
|---|---|---|---|
| *II* | *Profesional 01* | *Profesional* | ***PSICOLOGA*** |
| | | *Experiencia* | *0 a 11 meses* |

** La categoría, el nivel y los requisitos, se tomarán teniendo en cuenta la tabla de honorarios del ICBF establecida la Resolución 6747 del 13 octubre 2023 y las demás que la compilen, actualicen o modifiquen.*

** Tener en cuenta, las EQUIVALENCIAS entre estudio y experiencia establecidas mediante la Resolución 6747 del 13 octubre 2023 y las demás que la compilen.*

** Para tales efectos, se realizará la evaluación de la hoja de vida con los soportes documentales que presente el candidato a considerar, en todo caso el candidato no podrá estar incurso en casuales de inhabilidad o incompatibilidad para la celebración del contrato.*

- **Necesidad puntual:** Con la ejecución del objeto contractual que aquí se plantea, se espera que al interior de la Regional Cundinamarca se adelanten las actividades de **PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES A LA REGIONAL CUNDINAMARCA PARA APOYAR EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE ACOMPAÑAMIENTO E INTERVENCIÓN FAMILIAR A TRAVÉS DEL SERVICIO "PRESENCIA PARA LA CONVIVENCIA Y EL FORTALECIMIENTO DE VINCULOS FAMILIARES" EN EL MARCO DE LA ASISTENCIA Y ASESORIA A LA FAMILIA.**, cumpliendo con los objetivos proyectadas para el cumplimiento de la misión institucional.

- **Identificar la estructura de la dependencia y determinar la situación del área en materia de Talento Humano:** se requiere contratar al contratista debido a la

PÚBLICA

| | |
|---|---|
| | necesidad de la regional de contar con el equipo completo de Familias y Comunidades.<br><br>**La siguiente información se debe conservar y completar en todos los estudios previos**<br>Atendiendo lo contemplado en el artículo 2 numeral 4 literal h de la Ley 1150 de 2007, reglamentado por el artículo 2.2.1.2.1.4.9 del Decreto 1082 de 2015 las entidades podrán contratar de forma directa la prestación de servicios cuando se encuentre justificada la necesidad del servicio, la idoneidad y experiencia relacionada con el área de que se trate y siempre que el personal de planta no pueda asumir la realización de este o no exista personal suficiente para el fin.<br><br>Así las cosas, se justifica la celebración del contrato de prestación de servicios profesionales, toda vez que las actividades a desarrollar se derivan del cumplimiento de las funciones de la Entidad a través del Despacho de la Dirección General del ICBF, y que la contratación se encuentra certificada por la Subdirección de Talento Humano de conformidad con lo previsto en el artículo 2.8.4.4.5 del Decreto 1068 de 2015 en documento anexo al presente estudio previo.<br><br>La presente contratación se encuentra incluida en el Plan Anual de Adquisiciones de la vigencia **2024**, por lo que se anexa el certificado del Plan de Compras y Contratación del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF. |
| **6. Obligaciones de las partes:** | **A) <u>EL CONTRATISTA, desarrollará las siguientes obligaciones:</u>**<br><br>**ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA:**<br><br>1. Apoyar el desarrollo de valoraciones e intervenciones desde el área profesional y construir, junto con las familias, el proceso de acompañamiento e intervención a desarrollar, con base en documentos técnicos establecidos por el ICBF para la prestación del servicio “Presencia para la Convivencia y el Fortalecimiento de Vínculos Familiares”, en el marco de la Asistencia y Asesoría a la Familia.<br>2. Brindar apoyo profesional para el desarrollo de intervenciones individuales, grupales y/o de red, con las familias y entornos comunitarios que presenten dificultades de convivencia familiar, teniendo en cuenta la cultura propia, tradiciones, estructuras familiares, comunitarias y sistemas de protección y cuidado propios de los pueblos indígenas, negros, afrocolombianos, raizales, palenqueros, Rrom y campesinos.<br>3. Apoyar el registro, sistematización y monitoreo en los sistemas de información dispuestos por la entidad, en relación con las acciones realizadas con las familias y comunidades.<br>4. Promover la articulación interinstitucional e intrainstitucional en los ámbitos regional y local, en temas pertinentes a familias y comunidades, con el fin de promocionar la oferta institucional, activación de rutas de atención y la construcción de redes que fortalezcan las capacidades familiares y comunitarias.<br>5. Promover la articulación de las acciones de acompañamiento familiar, con los hallazgos y planes de caso, propuestos por los equipos técnicos interdisciplinarios de las defensorías de familia y las estrategias, programas y servicios del ICBF, cuando a ello haya lugar, conforme con la normatividad vigente, los lineamientos técnicos, los procesos y procedimientos establecidos por el ICBF.<br>6. Apoyar la implementación de estrategias para la identificación, gestión y sistematización de buenas prácticas y lecciones aprendidas, de casos familiares o comunitarios abordados a través del servicio “Presencia para la Convivencia y el Fortalecimiento de Vínculos Familiares”, en el marco de la Asistencia y Asesoría a la Familia.<br>7. Proyectar insumos de respuesta a las peticiones y consultas presentados, en relación con asuntos atenientes al servicio y sus obligaciones contractuales.<br>8. Cumplir con las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del |

PÚBLICA

contrato y/o alianza, que sean directamente relacionadas con el objeto contractual.

**GENERALES DEL CONTRATISTA:**

1. Asumir un buen trato para con los demás colaboradores internos y externos del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF, y actuar con responsabilidad, eficiencia y transparencia.
2. Asumir la responsabilidad de todas las actividades relativas a la ejecución de las obligaciones establecidas en este contrato.
3. Sin perjuicio del deber de coordinación entre el/la contratista y la supervisión del contrato para la ejecución del objeto contractual, el/la contratista deberá desarrollarlo con plena autonomía técnica, administrativa y financiera e independencia.
4. Proponer cuando sea necesario por la naturaleza del contrato y de las actividades a desarrollar, un plan de trabajo para la aprobación de la supervisión del contrato, que recoja como mínimo, las actividades del contrato, los tiempos para su desarrollo y el responsable.
5. Participar en las reuniones internas y externas que sean convocadas por la supervisión, relacionadas con la ejecución del contrato.
6. Disponer de los medios necesarios para el mantenimiento, cuidado y custodia de la información objeto del presente contrato.
7. Entregar al ICBF, periódicamente y al finalizar el contrato, o cuando el supervisor lo solicite, todos los documentos y archivos (físicos y electrónicos) a su cargo y que se produzcan en ejecución de sus obligaciones, debidamente inventariados conforme a las normas y procedimientos que se establezcan para el efecto.
8. Utilizar en debida forma las claves asignadas para el ingreso a los sistemas de información y gestión del ICBF, que requiera para la ejecución del contrato y al finalizar el mismo, informar para su desactivación y, garantizar la seguridad y reserva de la información conocida por estos u otros medios durante la ejecución del contrato, de acuerdo con las políticas de seguridad de la información del ICBF.
9. Colaborar en el suministro y respuesta de la información correspondiente a los requerimientos efectuados por los organismos de control del Estado Colombiano o cualquier otra autoridad, en relación con la ejecución, desarrollo o implementación del contrato y de asuntos relacionados con el mismo.
10. Colaborar en el suministro y respuesta a las peticiones, quejas, reclamos o sugerencias, que sean asignadas, en los términos establecidos en la ley y conforme al objeto y obligaciones.
11. Solicitar autorización escrita del ICBF para utilizar el nombre, emblema o sello oficial con fines publicitarios o ajenos a los establecidos en los lineamientos de la entidad.
12. Cumplir con las normas reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo del ICBF, según la normatividad vigente, conforme a la afiliación a ARL y al Decreto 1072 de 2015
13. Aportar, acompañar y participar dentro del grado de autonomía que le asiste, en las actividades relativas a la mejora continua del desempeño institucional en el marco del Sistema Integrado de Gestión (SIG) y de los Modelos Referenciales que lo conforman y que tengan incidencia o relación con objeto contractual.
14. Mantener actualizados los sistemas de información sobre los cuales se le haya asignado usuario y contraseña durante la ejecución del contrato y entregar al supervisor las evidencias del estado en que se encuentre, en los informes de ejecución contractual parcial o final, siempre y cuando sea pactado y sea necesario para la prestación autónoma del servicio.
15. Mantenerse actualizado en los términos, condiciones, manuales y guías del SECOP II, de la página de Colombia Compra Eficiente y operar dicha plataforma en lo que le corresponde con responsabilidad y transparencia.
16. Asumir con la suscripción del contrato, la obligación de realizar los pagos al SISS (salud, pensión y riesgos laborales), de acuerdo con la normatividad vigente aportando los soportes de pago correspondientes, los cuales deben ser validados

PÚBLICA

| | |
|---|---|
| | para constatar que en efecto el pago de la planilla haya sido recibido por la entidad correspondiente, y en caso de incumplimiento total o parcial, responder por las consecuencias y sanciones que disponga la ley.<br>17. No subcontratar las actividades propias del objeto contractual.<br>18. En caso de que proceda el registro y asignación de una firma digital, usarla dentro de los límites impuestos por el objeto y las obligaciones del presente contrato y en todo caso con la debida autorización de quien corresponda.<br>19. Desplazarse dentro del territorio nacional en caso de que se requiera para el cumplimiento de sus obligaciones contractuales y legalizar las comisiones de acuerdo con los términos y lineamientos del ICBF, una vez culminado el desplazamiento.<br>20. Participar en las capacitaciones sobre el código de integridad del servicio público con el fin de fortalecer y promover la integridad, la transparencia y lucha contra la corrupción, conforme a la Ley vigente y dentro de los límites de la autonomía contractual.<br>21. Publicar, conforme a los lineamientos de la Función Pública, la Declaración de Bienes y Rentas, Registro de Conflicto de Interés y Declaración del Impuesto sobre la Renta y Complementarios y demás documentos que sean requeridos por esa entidad de conformidad con la Ley 2013 de 2019.<br>22. EL CONTRATISTA se compromete a constituir las garantías, las cuales deberá cargar el mismo día de la suscripción, al igual que las modificaciones, en la plataforma del SECOP II, con su correspondiente recibo de pago de la prima desde el momento mismo que se suscribe en contrato en la Plataforma SECOP II.<br><br>**PARÁGRAFO**. **EL ICBF** asumirá los gastos de desplazamiento y alojamiento en ciudades y municipios diferentes a la ciudad en la que se ejecuta el contrato, en los casos que se requiera, de acuerdo con los valores aprobados para cada vigencia fiscal, de conformidad con la normativa vigente.<br><br>**B) <u>EL ICBF, desarrollará las siguientes obligaciones:</u>**<br><br>1. Designar al supervisor del contrato.<br>2. Exigir la ejecución idónea y oportuna del objeto del contrato.<br>3. Certificar y efectuar los pagos causados por EL CONTRATISTA.<br>4. Entregar la información requerida para el cumplimiento de las obligaciones de EL CONTRATISTA, siempre y cuando no sea obligación de este.<br>5. Adelantar las gestiones necesarias para el reconocimiento y cobro de las sanciones pecuniarias a que hubiere lugar.<br>6. Presentar al contratista a través del supervisor, las sugerencias y observaciones sobre el trabajo a realizar para que se satisfaga la necesidad del ICBF y el objeto de la contratación.<br>7. Asumir un buen trato para con los demás colaboradores internos y externos del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF, y actuar con responsabilidad, eficiencia y transparencia.<br>8. Aplicar cuando sea necesario, la normatividad vigente en materia de incumplimientos contractuales y acudir a las autoridades disciplinarias competentes, observando plenamente la atribución exclusiva y excluyente de la Procuraduría General de la Nación para conocer de las faltas disciplinarias en que incurran los particulares que prestan servicios a entidades estatales.<br>9. Todas las demás que resulten necesarias e indispensables para el cabal cumplimiento de los fines del contrato. |
| **7. Plazo de Ejecución:** | De acuerdo con la justificación del término estrictamente necesario de la necesidad temporal del servicio y las actividades a desarrollar el plazo de ejecución del contrato será hasta el **31** de **diciembre** de 20**24** y desde el cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución. |

PÚBLICA

| | |
|---|---|
| **8. Lugar de Ejecución contractual:** | En la ciudad de **Girardot y Departamento de Cundinamarca**, sin perjuicio que se le autorice por parte del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar- ICBF, un desplazamiento a otro lugar del Territorio Nacional. |
| **9. Codificación clasificador bienes y servicios:** | Corresponde al análisis de los códigos de las Naciones Unidas- UNSPSC. Para contratos de Prestación de Servicios Profesionales y de Apoyo a Gestión se sugiere utilizar el código **80111600**, sin embargo, cada dependencia deberá evaluar el requerimiento de acuerdo con la necesidad (el listado de códigos de las Naciones Unidas- UNSPSC se puede consultar en: https://www.colombiacompra.gov.co/clasificador-de-bienes-y-Servicios) |
| **10. Tipo de Contrato:** | Contrato de Prestación de Servicios Profesionales |
| **11. Modalidad de Selección:** | El presente contrato de Prestación de Servicios Profesionales y/ o apoyo a la gestión, se encuentra fundamento en lo dispuesto en el literal h) del numeral 4º del artículo 2º de la Ley 1150 de 2007, donde se prevé la contratación directa *"para la prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión, o para la ejecución de trabajos artísticos que solo puedan encomendarse a determinadas personas naturales"*.<br><br>Así mismo, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 2.2.1.2.1.4.9 del Decreto Nacional 1082 de 2015 que dice:<br><br>*"Artículo 2.2.1.2.1.4.9. Contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión, o para la ejecución de trabajos artísticos que solo pueden encomendarse a determinadas personas naturales. Las Entidades Estatales pueden contratar bajo la modalidad de contratación directa la prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión con la persona natural o jurídica que esté en capacidad de ejecutar el objeto del contrato, siempre y cuando la Entidad Estatal verifique la idoneidad o experiencia requerida y relacionada con el área de que se trate. En este caso, no es necesario que la Entidad Estatal haya obtenido previamente varias ofertas, de lo cual el ordenador del gasto debe dejar constancia escrita.*<br><br>*Los servicios profesionales y de apoyo a la gestión corresponden a aquellos de naturaleza intelectual diferentes a los de consultoría que se derivan del cumplimiento de las funciones de la Entidad Estatal, así como los relacionados con actividades operativas, logísticas, o asistenciales (…)".* |
| **12. Criterios para seleccionar al contratista: idoneidad / experiencia** | **IDONEIDAD REQUERIDA PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:** de conformidad con el objeto del contrato y las actividades a desarrollar, se determina que se requiere un profesional con la siguiente formación y experiencia: |

| **ESTUDIOS O FORMACIÓN** | | |
|---|---|---|
| **NIVEL** | **Profesional 1** | |
| **TÍTULO(S) DE FORMACIÓN REQUERIDO(S)** | **Pregrado** | **PSICOLOGA** |
| | **Posgrado** | **N/A**. |

| **CONDICIONES** | **EXPERIENCIA REQUERIDA** |
|---|---|
| **Tipo de experiencia** | **Profesional** |
| **Meses mínimos** | **0** |
| **Meses de experiencia relacionada** | **47** |

De acuerdo con lo anterior, y una vez validada la hoja de vida de **JULIAN DAVID SIERRA ORDOÑEZ** identificado(a) con **cedula de ciudadanía** No. **1.070.610.826**, cumple con los requisitos de formación y experiencia señalados en el Estudio Previo, tal y como consta en el certificado de idoneidad firmado por la **Dra. INGRID JOHANNA CUBIDES PUENTES en su calidad de Directora (E) Regional Cundinamarca**, documento que hace parte integral de

PÚBLICA

| | |
|---|---|
| | este estudio previo.<br><br>Con la aprobación en SECOP II el ordenador del gasto deja constancia que la persona relacionada en este estudio previo cumple con la idoneidad y experiencia requerida para la satisfacción de la necesidad contractual, de acuerdo con la verificación realizada por el líder de la necesidad en el documento anexo; por lo tanto, no se requieren varias ofertas.<br><br>**Nota:** Debido a que el profesional **SI** va a realizar actividades que impliquen trato **directo y habitual** con niños, niñas y adolescentes en los términos de la Ley 1918 de 2018 y el Decreto 753 de 2019, **SI** se realiza la consulta al Registro de Inhabilidades por Delitos contra la libertad, integridad y formación sexuales en contra menores de edad, previa autorización del futuro contratista. |
| **13. Determinación de honorarios del contrato:** | Teniendo en cuenta lo establecido en la Resolución No. 6747 del 13 octubre 2023 "Por la cual se adopten las disposiciones y parámetros para la fijación de honorarios de contratos de Prestación de Servicios Profesionales y de Apoyo a la Gestión, y de acuerdo con la formación y experiencia requerida en el presente documento y acreditada por el profesional referido en el numeral anterior, se establece que los honorarios corresponden a la **CATEGORÍA 02 NIVEL 1**, por lo cual se fijan como honorarios mensuales la suma de **TRES MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS VEINTISIETE PESOS M/CTE ($3.864.527).**<br><br>Este valor incluye cualquier clase de gravamen, impuesto, tasa, contribución o tributo en general que se cause o se llegare a causar; en tal evento EL CONTRATISTA se obliga a asumirlo, así como los costos directos e indirectos que se ocasionen para la ejecución del mismo.<br><br>De acuerdo con los documentos presentados por EL CONTRATISTA, el mismo **NO** responsable de IVA: Por lo tanto, se precisa que el valor de los honorarios referidos incluye IVA.<br><br>**NOTA:** si durante la ejecución del contrato, el contratista cambia su situación tributaria, especialmente respecto del IVA, no habrá lugar a la modificación de los honorarios fijados. |
| **14. Forma de pago de los honorarios y valor estimado del contrato:** | **I. FORMA DE PAGO**<br><br>De acuerdo con el plazo de ejecución definido, los honorarios del contrato se pagarán a EL CONTRATISTA de la siguiente manera:<br><br>**Un (1)** primer pago mes vencido por valor de **DOS MILLONES OHOCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS M/CTE ($2.898.395),** por concepto de los servicios prestados en **septiembre** de 2024, previa presentación del informe de ejecución de actividades, debidamente aprobado por la supervisión del contrato.<br><br>**Dos (2)** pagos mes vencido, cada uno por valor de **TRES MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS VEINTISIETE PESOS M/CTE ($3.864.527)**, por concepto de los servicios prestados de **octubre a noviembre** de 2024, previa presentación del informe de ejecución de actividades, debidamente aprobado por la supervisión del contrato.<br><br>**Un (1)** último pago dentro del mes por valor de **TRES MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS VEINTISIETE PESOS M/CTE ($3.864.527)**, por concepto de los servicios prestados en el mes de **Diciembre**, previa presentación del informe de ejecución de actividades, debidamente aprobado por la supervisión del contrato<br><br>Dichos desembolsos se realizarán previa presentación del formato "Certificación de Cumplimiento Informe de Obligaciones por Prestación de servicios-honorarios" y el |

PÚBLICA

<table>
<tr><td></td><td colspan="4">comprobante de pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensión y ARL, de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente y en el porcentaje establecido por el Gobierno Nacional (Si a ello hubiere lugar).<br><br>Aunado al cumplimiento de los requisitos anteriores para efectos del pago, EL CONTRATISTA deberá presentar la cuenta de cobro o factura, y acreditar ante el supervisor del contrato el pago a los sistemas de seguridad social integral, salud, pensión, y riesgos laborales, de conformidad con la normatividad vigente.<br><br>Todo pago está sujeto a la disposición de la programación anual mensualizada de caja PAC de EL ICBF y en todo caso la obligación de pago de EL ICBF empezará a contarse a partir de la fecha en la cual la factura o cuenta de cobro sea recibida con la totalidad de los documentos exigidos, y correcta, situación que sabe y acepta EL CONTRATISTA. Las retenciones y descuentos de Ley a que haya lugar estarán a cargo de EL CONTRATISTA.<br><br>II. VALOR DEL CONTRATO<br><br>De acuerdo con lo anterior, el valor total del contrato corresponde a la suma de CATORCE MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y UN MIL NOVECIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS M/CTE ($14.491.976).<br><br>Este valor incluye cualquier clase de gravamen, impuesto, tasa, contribución o tributo en general que se cause o se llegare a causar; en tal evento EL CONTRATISTA se obliga a asumirlo, así como los costos directos e indirectos que se ocasionen para la ejecución del mismo.</td></tr>
<tr><td rowspan="4">15. Recursos que respaldan la contratación:</td><td>Certificado de Disponibilidad Presupuestal – CDP</td><td colspan="3">110524 del 09/09/2024</td></tr>
<tr><td>Autorización de Vigencias Futuras</td><td colspan="3">N/A.</td></tr>
<tr><td>Fuente de los recursos</td><td colspan="3">27</td></tr>
<tr><td>Rubros</td><td>C-4602-1500-9-704080-4602022-02-991</td><td colspan="2">QUINCE MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL CIENTO OCHO PESOS M/CTE ($15.458.108).<br><br>De los cuales se afectará la suma de CATORCE MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y UN MIL NOVECIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS M/CTE ($14.491.976).</td></tr>
<tr><td rowspan="4">16. Interventoría / Supervisión:</td><td rowspan="4">Interventoría:<br><br>SI: ☐ NO: ■</td><td>Razón social del interventor:</td><td colspan="2">N/A</td></tr>
<tr><td>NIT o identificación del interventor:</td><td colspan="2">N/A</td></tr>
<tr><td>Representante legal del interventor:</td><td colspan="2">N/A</td></tr>
<tr><td>Identificación del</td><td colspan="2">N/A</td></tr>
</table>

PÚBLICA

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | **representante legal del interventor:** | |
| | | **No. de contrato de interventoría:** | N/A |
| | | **Nombre del supervisor de la interventoría:** | N/A |
| | | **Cargo del supervisor de la interventoría:** | N/A |
| | | **Correo electrónico del supervisor de la interventoría:** | N/A |
| | | **Justificación de contar con interventoría:** | N/A |
| | **Supervisión:**<br><br>SI: ■ NO: ☐ | **Nombre del supervisor:** | **SCARLETT TOVAR ROJAS** |
| | | **Identificación del supervisor:** | **35.532.812** |
| | | **Cargo del supervisor:** | **COORDINADORA CENTRO ZONAL GIRARDOT** |
| | | **Dependencia del supervisor:** | **CENTRO ZONAL GIRARDOT** |
| | | **Correo electrónico del supervisor:** | **Scarlett.Tovar@icbf.gov.co** |
| **17. Funciones del interventor / supervisor:** | 1. Observar las obligaciones propias de la actividad, los artículos 83 y 84 de la Ley 1474 de 2011, la Guía de Supervisión de Contratos y Convenios suscritos por el ICBF, y demás manuales y normas vigentes que regulan la materia.<br>2. Ejercer control y vigilancia de la ejecución del contrato, exigiendo a las partes el cumplimiento idóneo y oportuno del objeto contractual y las obligaciones que lo integran, así mismo debe verificar el cumplimiento del contrato en cuanto a plazo, lugar, cantidad, calidad y oportunidad en los planes, proyectos, acciones, actividades a desarrollar y horarios, este último, en los casos que aplique.<br>3. Velar por que el contratista desarrolle el objeto contractual con plena autonomía técnica, administrativa y financiera e independencia. Lo anterior, sin perjuicio del horario y el lugar para el desarrollo de las actividades que se hubiere establecido, cuando la necesidad a satisfacer así lo exijan.<br>4. Recibir a satisfacción de las actividades que comporta la ejecución del objeto del presente contrato de conformidad con lo pactado en el mismo.<br>5. Coordinar la estructuración de la documentación que se genera con ocasión del contrato y el correspondiente envío a las áreas que corresponda.<br>6. Efectuar los requerimientos que sea del caso a EL CONTRATISTA cuando las exigencias de cumplimiento así lo requieran.<br>7. Requerir al contratista, con copia al respectivo garante si lo hubiere, cuando advierta incumplimientos y estructurar los soportes y hacer el respectivo informe del caso con las cuantificaciones a que haya lugar, que le permitan adelantar a la entidad el trámite que corresponda, en observancia especialmente de lo dispuesto en el artículo 86 de la Ley 1474 de 2011 y la reglamentación que esté vigente en el ICBF, en materia de imposición de multas, sanciones y declaratorias de incumplimiento frente a los contratistas. | | |

PÚBLICA


Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÌTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

| | |
|---|---|
| | 8. Elaborar los informes, actas y documentos que la actividad de supervisión comporta, con la remisión respectiva a las áreas que correspondan.<br>9. Verificar la legalidad de la factura electrónica, cuando el contratista sea responsable del IVA y se haya acogido a dicho sistema de facturación.<br>10. Autorizar los pagos al contratista, previa verificación del cumplimiento del objeto dentro del contexto estipulado y de la acreditación de que el Contratista se encuentra al día en el pago al Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales, lo cual incluye el Sistema de Riesgos Laborales, de conformidad con lo establecido en el inciso segundo del artículo 41 de Ley 80 de 1993, modificado mediante el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007 y en los términos establecidos en el Decreto 1273 de 2018.<br>11. En el evento que el objeto contratado involucre la asignación de bienes devolutivos al Contratista, el Supervisor deberá verificar que los conserve y use adecuadamente con la obligación del Contratista de responder por su deterioro o pérdida imputables a él. Al momento de la terminación del contrato, además de tenerse en cuenta el cumplimiento del objeto como tal, el supervisor deberá verificar que el contratista haya efectuado la devolución de los bienes entregados para el desarrollo del mismo, con la obtención del Visto Bueno de recibo a satisfacción de la Dirección Administrativa y/o de la Dirección de Gestión Humana, según aplique.<br>12. Informar al líder o líderes de la contratación sobre los cambios que se presenten durante la ejecución del contrato y velar porque se suscriban por las partes las correspondientes modificaciones, adiciones o prórrogas que se requieran.<br>13. Una vez perfeccionadas las modificaciones de los contratos, prórrogas, adiciones, aclaraciones, suspensiones, reinicios o cesiones, requerir al contratista para surta los trámites al respectivo garante, cuando aplique, dentro de los cinco (5) días siguientes.<br>14. Publicar dentro del término de ley en la plataforma SECOP II toda la ejecución contractual de acuerdo con lo estipulado en la Ley 1712 de 2014.<br>15. Remitir mensualmente a la Dirección de Contratación la documentación de la ejecución contractual, que se produzca en físico, para el respectivo archivo en el expediente contractual. Esta información se remitirá una vez haya sido publicada en la plataforma SECOPII.<br>16. Velar por que la garantía cuando aplique se mantenga vigentes e incluidos los amparos que correspondan para la etapa de liquidación o postcontractual cuando a ello hubiere lugar.<br>17. Proyectar con la debida antelación, la liquidación del contrato, en los casos en los que la misma se imponga.<br>18. Mantenerse actualizado en los términos, condiciones, manuales y guías del SECOP II, de la página de Colombia Compra Eficiente.<br>19. Velar por la integridad, autenticidad, veracidad y fidelidad de la información del ejercicio de su supervisión o interventoría, por lo tanto, deberán entregar todos los documentos y archivos (físicos y electrónicos) a su cargo y que se produzca en ejercicio de sus funciones, de acuerdo con los procedimientos internos de gestión documental establecidos por el ICBF.<br>20. Las demás que se establezcan en el Manual de Contratación, la guía de supervisión y el contrato de interventoría para el caso de interventores.<br><br>**Parágrafo:** En caso de ausencia parcial o total del supervisor la misma será asumida por quien haga sus veces y en caso de que el designado no tenga remplazo en su ausencia temporal o definitiva, la supervisión será asumida por el inmediato superior, sin necesidad de modificación contractual alguna. **En caso de que se materialice la situación anterior se deberá informar inmediatamente a la Dirección de Contratación**. |
| **18. Análisis del riesgo y forma de mitigarlo:** | Este estudio debe efectuarse en cumplimiento de lo ordenado por el artículo 4º de la Ley 1150 de 2007, en concordancia con lo dispuesto por el Decreto Único 1082 de 2015 que establece que la Entidad Estatal debe evaluar el riesgo que el Proceso de Contratación representa para el cumplimiento de sus metas y objetivos, de acuerdo con los manuales y guías que para el efecto expida Colombia Compra Eficiente) en concordancia con lo establecido en el "Manual para la Identificación y Cobertura del Riesgo en los Procesos de Contratación M-ICR-01" de |

PÚBLICA

| | |
|---|---|
| | Colombia Compra Eficiente, la tipificación, asignación y estimación de los riesgos previsibles en la contratación.<br><br>**ADJUNTO ANEXO MATRIZ DE RIESGOS** |
| **19. Análisis que sustenta la exigencia de garantías:** | **Se requiere la exigencia de garantías:** SI: ■ NO: ☐<br><br>**Justificación:**<br><br>De conformidad con lo establecido en el artículo 7º de la Ley 1150 de 2007, y según lo dispuesto en el Libro 2, Título 1, Capítulo 2, Sección 3 – Garantías, del Decreto Nacional 1082 de 2015, le corresponde al CONTRATISTA constituir en favor del ICBF la (s) garantía (s) que cubran los siguientes amparos: (Establecer los que se consideren aplicables)<br><br>a) Cumplimiento del Contrato. El valor de esta garantía debe ser de por lo menos el **DIEZ** por ciento (**10**%) del valor del contrato, y su vigencia será por el término de ejecución y seis (6) meses más., de conformidad con lo establecido especialmente en el numeral 3 del artículo 2.2.1.2.3.1.7 y en el artículo 2.2.1.2.3.1.12 del Decreto Nacional 1082 de 2015.<br><br>b) Calidad del Servicio. El valor de esta garantía debe ser de por lo menos el **DIEZ** por ciento (**10**%) del valor del contrato, y su vigencia será por el término de ejecución y seis (6) meses más., de conformidad con lo dispuesto especialmente en el numeral 6 del artículo 2.2.1.2.3.1.7 y en el artículo 2.2.1.2.3.1.15 del Decreto Nacional 1082 de 2015.<br><br>**PARÁGRAFO PRIMERO:** El monto de las garantías deberá ser restablecido por EL CONTRATISTA, cada vez que, por razón de las multas impuestas, el monto asegurado se disminuyere o agotare. Dentro de los términos estipulados en este Contrato, la garantía no podrá ser cancelada sin la autorización de EL ICBF. EL CONTRATISTA deberá cumplir con los requisitos para mantenerla vigente y serán de su cargo el pago de todas las primas y demás erogaciones de constitución, actualización y mantenimiento de la garantía mencionada. Con todo, el contratista autoriza a la Entidad, para que con cargo a las sumas que esta le adeude, se descuente el valor de las primas o costos de las garantías, cuando por cualquier circunstancia el contratista no la constituyere o actualizare, y para que EL ICBF tramite lo pertinente si a ello hubiere lugar.<br><br>**PARÁGRAFO SEGUNDO:** En tratándose del contrato de seguro, la garantía no expira por falta de pago de la prima ni puede ser revocada unilateralmente.<br>**PARÁGRAFO TERCERO:** El hecho de la constitución de estos amparos, no exonera a EL CONTRATISTA de las responsabilidades legales con los riesgos asegurados. |
| **20. Anexos** | Se anexan los documentos relacionados en la lista de cuequeo, los cuales hacen parte integral de este estudio previo y del futuro contrato. |

**Firma:**



| | |
|---|---|
| **Nombre del Jefe o Director de la dependencia líder de la necesidad:** | **ANA LILIANA CAMACHO MANTILLA** |
| **Cargo:** | **COORDINADORA GRUPO ASISTENCIA TECNICA** |
| **Oficina o Dirección líder de la necesidad:** | **GRUPO ASISTENCIA TECNICA** |

**Proyectó: Jairo Alberto Sabogal Santana – Abogado Contratista - Grupo Asistencia Técnica.**
**Reviso: Ana Liliana Camacho Mantilla – Coordinadora Grupo Asistencia Técnica.**


¡Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÌTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

**Reporte Certificado de Disponibilidad Presupuestal Comprobante**

| | | |
|---|---|---|
| Usuario Solicitante: | MHkbeltran | KAREN TATIANA BELTRAN PACHON |
| Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante: | 46-02-00-025 | ICBF DIRECCIÓN REGIONAL CUNDINAMARCA |
| Fecha y Hora Sistema: | 2024-09-09-3:23 p. m. | |

## CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

**El suscrito Jefe de Presupuesto CERTIFICA que existe apropiación presupuestal disponible y libre de afectación en los siguientes "Ítems de afectación de gastos"**

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Numero:** | 110524 | **Fecha Registro:** | 2024-09-09 | **Unidad / Subunidad ejecutora:** | 46-02-00-025 ICBF DIRECCIÓN REGIONAL CUNDINAMARCA | | | | | | |
| **Vigencia Presupuestal** | Actual | **Estado:** | Generado | | **Tipo:** | Gasto | | | **Uso Caja Menor** | Ninguno | |
| **Valor Inicial:** | 15.458.108,00 | **Valor Total Operaciones:** | 0,00 | | **Valor Actual.:** | 15.458.108,00 | **Saldo x Comprometer:** | 15.458.108,00 | **Vr. Bloqueado** | 0,00 | |

| SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL | | | | AUTORIZACION DE ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Número:** | 110524 | **Fecha Registro:** | 2024-09-09 | **Número:** | | **Modalidad de contratación:** | | **Tipo de contrato:** | |

### ITEM PARA AFECTACION DE GASTO

| DEPENDENCIA | POSICION CATALOGO DE GASTO | FUENTE | RECURSOR ECURSO | SITUAC. | FECHA OPERACION | VALOR INICIAL | VALOR OPERACION | VALOR ACTUAL | SALDO X COMPROMETER | VALOR BLOQUEADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 991 SOPORTE A LA GESTIÓN DEL PROYECTO APOYO EN CONTRATACIÓN DE SERVICIOS | C-4602-1500-9-704080-4602022-02 ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS FAMILIAS Y COMUNIDADES - FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES Y DISPOSICIÓN DE CONDICIONES Y OPORTUNIDADES QUE PROMUEVAN EL | Propios | 27 | CSF | | | | | | |
| | | | | | **Total:** | 15.458.108,00 | 0,00 | 15.458.108,00 | 15.458.108,00 | 0,00 |

| | |
|---|---|
| **Objeto:** | SEP 9. PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES A LA REGIONAL CUNDINAMARCA PARA APOYAR EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE ACOMPANAMIENTO E INTERVENCION FAMILIAR. 27408 |

**Firma Responsable**

**ANEXO 1 – MATRIZ DE RIESGOS**

| No. | Clase | Fuente | Etapa | Tipo | Descripción | Consecuencia de la ocurrencia del evento | Probabilidad | Impacto | Valoración del Riesgo | Categoría | A quién se le asigna | Tratamiento / Controles a ser implementados | Impacto después del tratamiento | | | | ¿Afecta la ejecución del contrato? | Persona responsable por implementar el tratamiento | Fecha estimada en que se inicia el tratamiento | Fecha estimada en que se completa el tratamiento | Monitoreo y Revisión | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | Probabilidad | Impacto | Valoración del riesgo | Categoría | | | | | ¿Cómo se realiza el monitoreo? | Periodicidad ¿Cuándo? |
| 1 | Especifico | Interno | Ejecución | Operacional | Riesgo por entrega de información errada. Se materializa cuando el ICBF entrega, para la ejecución del contrato, información errada o desactualizada y el contratista ejecuta actividades propias del objeto contractual y de sus obligaciones con dicha información. | No satisfacción de la necesidad | 3 | 4 | 7 | Alto | Contratante | Canalización de la información a través de una sola persona, evitando el manejo por muchas | 1 | 1 | 2 | Bajo | Si | Supervisor del contrato | A partir del inicio del contrato | Una vez finalizado el plazo de ejecución del contrato | A través de los informes parciales que generen el contratista/ supervisor del contrato y comunicación a las demás personas que manejan información a fin de canalizar | De acuerdo con el plazo de ejecución |
| 2 | Especifico | Externo | Ejecución | Operacional | Riesgo por uso o información errada. a contrario del anterior, se materializa cuando el contratista en cumplimiento de sus obligaciones debe recopilar la información o usar la que se encuentra en su poder y esta no corresponde para el desarrollo del contrato. | Incumplimiento de las obligaciones del contrato | 3 | 4 | 7 | Alto | Contratista | Reducir las consecuencias a través de planes de contingencia y realizando revisiones periódicas al cumplimiento de las obligaciones del contrato. | 1 | 1 | 2 | Bajo | Si | Supervisor del contrato | A partir del inicio del contrato | Una vez finalizado el plazo de ejecución del contrato | A través de los informes parciales que genere el supervisor del contrato y comunicación a las demás personas que manejan información a fin de canalizar | De acuerdo con el plazo de ejecución |
| 3 | Especifico | Externo | Ejecución | Operacional | Riesgos por conceptos errados. Se materializa cuando el producto del contrato y el concepto bajo el cual se desarrolló, no es acorde con lo requerido por el ICBF; sólo opera cuando la obligación es de resultado que en su mayoría son los que se pueden validar aplicando la ciencia natural. Cada caso se debe analizar en particular. | Incumplimiento de las obligaciones del contrato | 3 | 4 | 7 | Alto | Contratista | Unificación de criterios para el manejo de la información | 1 | 1 | 2 | Riesgo bajo | Si | Supervisor del contrato | A partir del inicio del contrato | Una vez finalizado el plazo de ejecución del contrato | A través de los informes mensuales que genere el contratista/ supervisor del contrato | De acuerdo con el plazo de ejecución |

PÚBLICA

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 4 | Especifico | Externo | Ejecución | Operacional | Riesgo por servicios adicionales. Se materializa cuando se requieren servicios complementarios o adicionales a los contratados, necesarios para que el objeto del servicio satisfaga completamente la necesidad de contratación. | Prestación de servicio sin disponibilidad presupuestal que genere reclamaciones | 2 | 3 | 5 | Moderado | Contratista / Supervisores | No prestar servicios sin las debidas legalizaciones de adiciones, prórrogas o modificaciones contractuales. | 1 | 1 | 2 | Bajo | SI | Contratista /Supervisor del contrato | A partir del inicio del contrato | Una vez finalizado el plazo de ejecución del contrato | A través de las reuniones de seguimiento y control que adelante el supervisor del contrato y/o los informes parciales que genere el contratista/ supervisor del contrato y comunicación a las demás personas que manejan información a fin de canalizar la necesidad y tramitarla en forma previa, según lo que corresponda | De acuerdo con el plazo de ejecución |
| 5 | General | Interno | Ejecución | Operacional | Riesgo por uso o manejo indebido de información. Se materializa cuando el contratista utiliza la información para fines distintos a los que corresponden al contrato, o la comparte parcial o totalmente con terceras personas, sin autorización. | El contratista asume todas las responsabilidades que se generen frente al ICBF a los terceros que lleguen a verse afectados | 1 | 10 | 10 | Catastrófico | Contratista | Reducir la probabilidad de la ocurrencia del evento | 1 | 5 | 5 | Bajo | No | Contratista | A partir del inicio del contrato | Una vez finalizado el plazo de ejecución del contrato | Verificación continua a las actividades del contratista | De acuerdo con el plazo de ejecución |
| 6 | General | Interno | Ejecución | Financiero | Enfermedad producida por condiciones originadas por la presencia en el territorio nacional del Covid-19 u otra enfermedad generalizada | Retraso en el cumplimiento de las actividades del contrato. | 2 | 3 | 5 | Moderado | Contratista | Cumplir con las protocolos y normas de bioseguridad e informar oportunamente su condición de salud al supervisor. Acordar un plan de trabajo que permita la satisfacción de la necesidad de la entidad y no afecte la salud del contratista | 1 | 1 | 2 | Bajo | Si | Contratista/Supervisor | Desde el inicio del plazo de ejecución del contrato | Hasta la finalización del plazo de ejecución | Control de autocuidado y verificación por parte del supervisor. del cumplimiento de normas de bioseguridad y estado de salud reportado | De acuerdo con el plazo de ejecución |

PÚBLICA


Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÌTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7 | Especifico | Interno | Eiecución | Operacional | Riesgo por inejecuciones presupuestales. Aplica cuando el contratista a pesar de estar prestando los servicios contratados de manera satisfactoria no presenta facturas o cuentas de cobro para su pago | Retraso en la ejecución presupuestal del ICBF y/ o posibles reservas presupuestales | 3 | 1 | 4 | Bajo | Contratista / contratante | Realizar los requerimientos que sean necesarios por parte del supervisor, a fin de que el contratista cobre los servicios prestados y recibidos a satisfacción | 1 | 1 | 2 | Bajo | No | Contratista/Supervisor | Desde el inicio del plazo de ejecución del contrato | Hasta la finalización del plazo de ejecución | A través de las reuniones de seguimiento y control que adelante el supervisor del contrato y/o los informes parciales que genere el contratista/ supervisor del contrato y comunicación a las demás personas que manejan información a fin de canalizar la necesidad y tramitarla en forma previa, según lo que corresponda | De acuerdo con el plazo de ejecución |
| **Nota:** la dependencia o Dirección Regional líder de la necesidad, deberá establecer la suficiencia y correspondencia de los riesgos y tratamientos aquí sugeridos, y de ser necesario ajustar la presente matriz de riesgos de acuerdo con su contexto y las particularidades del contrato a celebrar. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

PÚBLICA

# CERTIFICADO DE IDONEIDAD Y EXPERIENCIA

**INGRID JOHANNA CUBIDES PUENTES**, en mi calidad de **DIRECTORA (E.) REGIONAL CUNDINAMARCA**, certifico que JULIAN DAVID SIERRA ORDOÑEZ identificado(a) con Cedula de ciudadanía No. 1070610826 de Girardot- Cundinamarca, cumple con los requisitos de formación y experiencia señalados en el Estudio Previo que hace parte integral del presente proceso contractual identificado con SITCO No. **212424** como se evidencia a continuación:

## 1. TRÁMITE DE CONSULTA AL BANCO DE HOJAS DE VIDA

### a. Estudio sobre aplicación de excepciones

| EXCEPCIÓN | APLICA | JUSTIFICACIÓN |
|---|---|---|
| Cuando se identifique que las personas naturales que actualmente ejecutan Contratos de Prestación de Servicios o de Apoyo a la Gestión cuentan con la idoneidad y experiencias requeridas para ejecutar los contratos que se identifiquen en el Plan Anual de Adquisiciones | No | N/A |
| Contratos de prestación de servicios profesionales de personal de que corresponda a la categoría I de la "Tabla de Referencia de Honorarios Contratistas prestación de Servicios y Apoyo a la Gestión" del ICBF, siempre que las obligaciones contractuales requieran alto grado de experticia, alto nivel de confidencialidad de la información | N/A | N/A |

### b. Consulta en el Banco de Hojas de Vida

El día 03 de agosto del 2024, la Regional Cundinamarca solicita ante el BHV perfiles que cumplan con la experiencia requerida para la ejecución del presente contrato de prestación de servicios, recibiendo respuesta con los perfiles requeridos, como se detalla a continuación:

CLASIFICADA



Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÌTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Solicitud 33 Perfiles Banco Hojas de Vida Cundinamarca

Responder | Responder a todos | Reenviar

IJ Ingrid Johanna Cubides Puentes
Para Buscaenelbancohv
CC Eliana Katherine Garzon Garzon

martes 27/08/2024 4:20 p. m.

Si hay problemas con el modo en que se muestra este mensaje, haga clic aquí para verlo en un explorador web.

Formato solicitud 33 perfiles Banco Hojas de Vida ICBF_27AGO.xlsx
20 KB

Cordial saludo,

De conformidad con lo establecido en la Resolución No 6893 del 20 de octubre de 2023, solicito la consulta de treinta y tres (33) hojas de vida del Banco de Hojas de Vida del ICBF, para la contratación de personas naturales para la vigencia 2024 para la Regional Cundinamarca, de acuerdo con los siguientes perfiles:

| Regional | Grupo | Area del conocimiento | Núcleo básico del conocimiento | Profesión | Objeto del Contrato | Categoría | Nivel |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CUNDINAMARCA | CZ GIRARDOT | Ciencias_sociales_y_humanas | Psicologia | Psicologia | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES A LA REGIONAL CUNDINAMARCA PARA APOYAR EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE ACOMPAÑAMIENTO E INTERVENCIÓN FAMILIAR A TRAVÉS DEL SERVICIO 'PRESENCIA PARA LA CONVIVENCIA Y | CAT_II | 1 |

RE: Solicitud 33 Perfiles Banco Hojas de Vida Cundinamarca

Responder | Responder a todos | Reenviar

B Buscaenelbancohv
Para Ingrid Johanna Cubides Puentes
CC Eliana Katherine Garzon Garzon

miércoles 4/09/2024 12:23 p. m.

Si hay problemas con el modo en que se muestra este mensaje, haga clic aquí para verlo en un explorador web.

Respetada Dra. Ingrid

En cumplimiento a la resolución de Banco de Hojas de Vida No. 6893 del 20 de octubre de 2023 como herramienta para la selección de personas naturales para suscribir contratos de prestación de servicios y de apoyo a la gestión. Se envía respuesta de QUINCE (15) perfiles solicitados por parte de la Regional Cundinamarca en cumplimiento del requisito de búsqueda de oferentes naturales para procesos de selección y posterior contratación.

La verificación de idoneidad corresponde a la Regional Cundinamarca, por tanto, para suscribir los contratos se deben enviar las evidencias del proceso de selección.

Se envían en formato Excel los perfiles encontrados en el BHV:
08_27_2024 SOLICITUD REGIONAL CUNDINAMARCA No 2

## c. Análisis de la(s) hoja(s) de vida recibida(s)

Una vez revisados los perfiles se procede a verificar y analizar la siguiente hoja de vida:

- Julián David Sierra Ordoñez, quien cumple requisitos estudios y experiencia.

## d. Entrevista




Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÌTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Se realizo entrevista por parte de la Coordinadora del Grupo Asistencia Técnica, en la cual se concluye:

- Julián David Sierra Ordoñez, en la entrevista se validó la información reportada en la hoja de vida y se evidencio que cuente con aptitudes y habilidades para la ejecución del contrato.

## 2. FORMACIÓN

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NIVEL** | **TITULO PROFESIONAL** | | |
| **TÍTULO(S) DE FORMACIÓN REQUERIDO(S)** | **Pregrado** | **PSICÓLOGO** | |
| | **Posgrado** | **N/A** | |
| **TÍTULO(S) DE FORMACIÓN APORTADO(S)** | **Título** | **PSICÓLOGO** | |
| | **Institución Educativa, Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano o de Educación Superior que otorga el título** | **CORPORACIÓN UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS** | |
| | **Fecha de terminación del pénsum académico** | **30/11/2022** | |
| | **Fecha de grado** | **30/09/2023** | |
| | **Resolución de Convalidación** | | |
| **TARJETA O MATRÍCULA PROFESIONAL** | **TARJETA PROFESIONAL N° 274999 FECHA DE EXPEDICION 06/DICIEMBRE/2023** | | |
| **ANTECEDENTES PROFESIONALES** | **1070610826 del 4/09/2024** | | |
| **EQUIVALENCIAS APLICADAS** | **N/A** | | |
| **RESULTADO** | **CUMPLE** | | |

## 3. EXPERIENCIA

| CONDICIONES | EXPERIENCIA REQUERIDA |
|---|---|
| **TIPO DE EXPERIENCIA** | Profesional |
| **MESES MÍNIMOS** | 0 -11 meses |
| **MESES DE EXPERIENCIA RELACIONADA** | 47 meses |

Se deja constancia de que se revisaron y validaron los soportes de experiencia conforme a la información que se presenta a continuación:

CLASIFICADA

*Pulsar dos veces la tabla para editar la información*

| | |
|---|---|
| **TOTAL EXPERIENCIA ACREDITADA** (en meses) | 47 |
| EXPERIENCIA LABORAL ACREDITADA (en meses) | 0 |
| EXPERIENCIA PROFESIONAL ACREDITADA (en meses) | 47 |
| EXPERIENCIA DOCENTE ACREDITADA (en meses) | 0 |
| EXPERIENCIA ANCESTRAL ACREDITADA (en meses) | 0 |
| **TOTAL EXPERIENCIA RELACIONADA ACREDITADA** (en meses) | 47 |

| No. | Empleador/Contratante | Inicio | Terminación | Días | Observaciones | Tipo (Laboral, Profesional, Docente, Ancestral) | Relacionada (SI/NO) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CLINICA DEL AMOR (TRABAJANDO I | 1/02/2023 | 29/02/2024 | 388 | | Laboral | |
| 2 | FUNDACIÓN FADOR | 10/07/2022 | 20/12/2023 | 520 | | Laboral | |
| 3 | INSTITUO FRANCESCO PETRARCA | 1/07/2022 | 1/12/2023 | 510 | | Laboral | |
| 4 | | | | 0 | | | |
| 5 | | | | 0 | | | |
| 6 | | | | 0 | | | |
| 7 | | | | 0 | | | |
| 8 | | | | 0 | | | |
| 9 | | | | 0 | | | |
| 10 | | | | 0 | | | |
| 11 | | | | 0 | | | |
| 12 | | | | 0 | | | |

### 3.1. Relación de equivalencias aplicadas

N/A

## 4. OTROS REQUISITOS COMPLEMENTARIOS

**N/A.**

En constancia de lo anterior se firma el presente documento en la ciudad Bogotá de 09 días de septiembre de 2024.

| **Firma:** | |
|---|---|
| **Nombre del Jefe o Director de la dependencia líder de la necesidad:** | INGRID JOHANNA CUBIDES PUENTES |
| **Cargo:** | DIRECTORA (E.) |
| **Oficina o Dirección líder de la necesidad:** | GRUPO DE ASISTENCIA TÉCNICA |

**Proyectó: Ana Milena Toro Ibarra – Profesional Universitario.**

Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!


Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÌTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012


CLASIFICADA

UNIMINUTO

# Corporación Universitaria Minuto de Dios

## Julian David Sierra Ordoñez

CC No.1.070.610.826

*Ha cumplido con los requisitos académicos exigidos por la Institución,*
*la cual, con las debidas autorizaciones le otorga el título de*

## Psicólogo

*Código SNIES: 91141*

*en testimonio se firma y sella este diploma*

*Consejo de Fundadores*

*Rector General*

*Rector Sede*

*Secretario General*

Personería Jurídica otorgada por
Resolución No.10345 del 1 de Agosto de 1990,
Ministerio de Educación Nacional.

República de Colombia

Folio 841 del Libro de Registro No. 013
Girardot, 30 de Septiembre de 2023
No. DP 013157841207991

UNIMINUTO
Corporación Universitaria Minuto de Dios

# ACTA INDIVIDUAL DE GRADO No. 157

La Suscrita Secretaria General de La Corporación Universitaria Minuto de Dios - UNIMINUTO.

## Certifica:

Que en el municipio de Girardot, departamento de Cundinamarca; el día treinta (30) de Septiembre de dos mil veintitrés (2023), la **Corporación Universitaria Minuto de Dios - UNIMINUTO**, Institución de Educación Superior, reconocida por el Ministerio de Educación Nacional, previo el juramento reglamentario, confirió el título de **Psicólogo** a **Julian David Sierra Ordoñez** con cédula de ciudadanía No. **1.070.610.826** quien aprobó la opción de grado correspondiente y cumplió con las normas legales, los requisitos académicos y las exigencias establecidas en los Estatutos y Reglamentos para el grado, y le otorgó el Diploma No. **DP013157841207991** que lo acredita como tal, registrado en el Folio **841** del Libro No. **013** de Registro de Títulos expedidos por la **Corporación Universitaria Minuto de Dios – UNIMINUTO.**

**La Corporación Universitaria Minuto de Dios – UNIMINUTO** está autorizada para conferir este título por la Ley 30 del 28 de Diciembre de 1992. El programa cuenta con Resolución de Registro Calificado según Código SNIES **91141** concedido por el Ministerio de Educación Nacional.

En constancia de lo anterior se firma en el municipio de Girardot, departamento de Cundinamarca; el día treinta (30) de Septiembre de dos mil veintitrés (2023).

**Jefferson Enrique Arias Gómez**
**Rector Sede**

**Linda Lucía Guarín Gutiérrez**
**Secretaria General**

# Acta Individual de Grado

## Colegio Militar Técnico Industrial
## Club de Leones
### Amparo de Niños Girardot

En la Ciudad de Girardot, Cundinamarca a los 5 días del mes de Diciembre de 2009 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de último grado las suscritas rectora y secretaria académica en la rectoría del

**Colegio Militar Técnico Industrial**
**Club de Leones**

Institución aprobada en el nivel de Educación Media, por la Alcaldía Municipal a través de la Secretaría de Educación de Girardot para Otorgar el Título de:

# Bachiller Militar

Según Resolución No. 1036 del 23 de Noviembre de 2006 y 1743 del 2 de Noviembre de 2005 de Mindefenza Nacional. Al Graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relaciona a continuación

## Julian David Sierra Ordoñez

T.I. 930623-12880 Cundinamarca - Girardot

Quien cumplió con los requisitos Académicos y Militares, según las exigencias establecidas en los reglamentos y normas legales vigentes.
Le fue otorgado el Diploma que lo acredita como tal.

Es fiel copia del Acta General No. 04 de fecha 5 de Diciembre de 2009

Firmada y sellada por Ruth Jiménez Forero ( Rectora) y Elizabeth Suárez Góngora (Secretaria Académica ) en Girardot Cundinamarca, a los 5 días del mes de Diciembre de 2009

**Ruth Jiménez Forero**
C.C. 39.553.731 de Girardot
**Rectora**

**Elizabeth Suárez Góngora**
C.C. 39.550.194 de Girardot
**Secretaria Académica**

Esta Tarjeta Profesional es personal e intransferible y acredita a su portador como PSICÓLOGO de conformidad con los Artículos 6, 7 y 12 de la Ley 1090 de 2006 y es requisito legal para el ejercicio profesional en Colombia.

BLANCA P. BALLESTEROS DE VALDERRAMA
Presidenta (e) del Consejo Directivo

www.colpsic.org.co

COLEGIO COLOMBIANO DE PSICÓLOGOS



**TARJETA PROFESIONAL DE PSICÓLOGO**

No. 274999

Fecha de expedición: 06/12/2023

**JULIAN DAVID SIERRA ORDOÑEZ**

Cédula de Ciudadania
1070610826

Según la Ley 1090 de 2006, este documento es de carácter vitalicio y tiene validez nacional, por tanto su vigencia es permanente.

TRIBUNALES DEONTOLÓGICOS Y BIOÉTICOS DE PSICOLOGÍA

# TRIBUNALES DEONTOLÓGICOS Y BIOÉTICOS DE PSICOLOGÍA

El suscrito Director Ejecutivo de los Tribunales Deontológicos y Bioéticos de Psicología certifica que, una vez consultado el sistema de información y reporte de profesionales sancionados por estos Tribunales, NO se encontró que **Julian David Sierra Ordoñez**, con documento de identificación N° **1070610826**, tenga antecedentes deontológicos disciplinarios en ninguno de ellos.

Este certificado tiene validez de tres (03) meses.

Se expide en Bogotá, D.C., el 4 de septiembre de 2024.




**WILLIAM ALEJANDRO JIMÉNEZ JIMÉNEZ**
Director Ejecutivo Tribunales Deontológicos y Bioéticos de Psicología

**Nota:** La información certificada en este documento puede ser verificada en el enlace https://sara.colpsic.org.co/publico/verificacion-tarjetas digitando el número de cédula del profesional.

UN EMPORIO DE INNOVACIÓN EN ACTIVIDADES FORMATIVAS CON EDUCACIÓN
NIT:901088337-3
RECONOCIMIENTO DEPORTIVO N°022 DEL 2.2023

# CERTIFICACION LABORAL

El señor JULIAN DAVID SIERRA ORDOÑEZ; identificado con documento de identificación N° 1˙070.610.826 de GIRARDOT, laboro con nosotros con dos contrato laborales de prestación de servicios y sus cargos fueron formador deportivo en la disciplina de balón mano ubicada en la cancha de la escuela vereda berlin de Girardot .tiempo laborado 2 febrero 2.017 hasta 15 diciembre 2.021 los días lunes a viernes en la tarde de 3pm a 8 pm; después presto sus servicios profesionales como psicólogo de las escuelas deportivas en todas sus disciplinas desde 10 julio 2022 hasta 20 diciembre 2023.

Tiempo en el cual demostró ,responsabilidad, honestidad con alto grado de compromiso en el cumplimiento con excelente conducta en todas sus labores encomendadas con excelentes logros deportivos.

Se expide y firma la constancia a solicitud del interesado a los 21 dias del mes de diciembre 2.023.

CL20231216D0000020

Cordialmente,

ELIANA TOVAR YAIMA
REPRESENTANTE LEGAL

Clínica del Amor

TRABAJANDO POR LA SALUD EMOCIONAL

# CLÍNICA DEL AMOR GIRARDOT

NIT 901235697-0

Febrero 2 del 2024

## CERTIFICA

Que el señor JULIAN DAVID SIERRA ORDOÑEZ, identificado con C.C 1.070.610.826 de Girardot, labora para la CLÍNICA DEL AMOR, en el cargo de Coordinador de Bienestar Social y Juvenil, desde febrero de 2023 hasta la fecha, con una intensidad horaria de 8 horas de lunes a sábado con un contrato a término indefinido, periodo en el cual ha demostrado ser una persona responsable, honesta, de buenos principios y confiable en sus labores encomendadas.

Para constancia se firma a solicitud del interesado a los dos (2) días del mes de Febrero de 2024.

A CLÍNICA DEL AMOR
a. 47 Casa 4 B. Santa Isab
Girardot
Cel. 311 285 2770

LEONARDO GAVIRIA LA TORRE
PSICOLOGO ESPECIALIZADO EN FAMILIA
T.P116513

CONTACTO 3112852770 DIRRECCION BARRIO SANTA ISABEL MANZANA 47 CASA 4

Powered by CamScanner

# INSTITUTO FRANCESCO PETRARCA

RESOLUCION DE APROBACION, BACHILLERATO POR CICLOS # 272 DEL 16 DE ABRIL DEL 2013 / código DANE # 325307800027
Nit. 900646779-6
SECRETARIA DE EDUCACION DE GIRARDOT, CERTIFICADA M.E.N. RES. 3053 DE 2002
RESOLUCION DE TECNICOS POR COMPETENCIAS LABORALES # 1111 DE DICIEMBRE 17 DEL 2017


## EL SUSCRITO RECTOR

**CERTIFICA QUE:**

El Señor **JULIÁN DAVID SIERRA ORDÓÑEZ** Identificado con cedula de ciudadanía No. 1070610826 de Girardot, de profesión **Psicólogo Auxiliar (practicante)**, estuvo vinculado con nuestra institución desde el 1 de julio de 2022 al 1 de junio del 2023, por su excelente cumplimiento y responsabilidades también se desempeñó como **Psicólogo** durante la fecha 1 de julio del 2023 al 1 de diciembre del 2023 con un salario mensual de $1.400.000 M/C con un horario de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. y sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m. a la fecha su comportamiento y el cumplimento de sus responsabilidades son excelentes a su cargo.

Esta Certificación se firma a los 13 días del mes de abril del 2024, en la ciudad de Girardot, Cundinamarca

A Solicitud del Interesado(a)

Cordialmente:

INSTITUTO FRANCESCO PETRARCA
RECTOR

**Lic. / Esp. VICTOR RIQUELME GONZALEZ ENCISO**

**Rector**



Powered by CamScanner

**EL DIRECTOR DE GESTIÓN HUMANA DEL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR CECILIA DE LA FUENTE DE LLERAS**

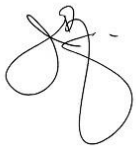
**CERTIFICA:**

Que de conformidad con lo establecido en el Artículo 21 de la Ley 1150 del 16 de Julio de 2007 y el artículo 2.8.4.4.5 del decreto 1068 de 2015, hace constar que no existe personal suficiente en la planta global del Instituto para realizar las actividades relacionadas con:

**Objeto:** PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES A LA REGIONAL CUNDINAMARCA PARA APOYAR EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE ACOMPAÑAMIENTO E INTERVENCIÓN FAMILIAR A TRAVÉS DEL SERVICIO “PRESENCIA PARA LA CONVIVENCIA Y EL FORTALECIMIENTO DE VINCULOS FAMILIARES” EN EL MARCO DE LA ASISTENCIA Y ASESORIA A LA FAMILIA.

**Número de plan de compras:** 27408

Se expide la presente certificación a los 23 días del mes de agosto de 2024, de acuerdo a solicitud realizada por la REGIONAL CUNDINAMARCA.



**JAIME RICARDO SAAVEDRA PATARROYO**

Director de Gestión Humana

Proyectó: Andrés Felipe Cárdenas Zambrano – Contratista DGH


PÚBLICA

Bogotá D. C., 4 de septiembre de 2024

Señores
**INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR-ICBF**
La Ciudad

**Asunto**: Declaración juramentada de no estar incurso en causal de inhabilidad, incompatibilidad o conflicto de intereses para contratar.

Respetados señores,

Por medio de la presente me permito declarar bajo la gravedad de juramento, de conformidad con lo establecido en el artículo 8° y 9° de la Ley 80 de 1993, el artículo 18 de la Ley 1150 de 2017, la Ley 1474 de 2011 y el Decreto 1082 de 2015, en concordancia con lo dispuesto en los artículos 26 numeral 7, 44 y 52 de la Ley 80 de 1993, que no me encuentro incurso en ninguna de las siguientes causales de inhabilidad e incompatibilidad para contratar con el Estado

así como ningún conflicto de interés, con ocasión del contrato de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión que suscribiré con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar-ICBF, a saber:

1. No he sido sujeto (a) de declaratoria de caducidad contractual.
2. No existe sentencia judicial en la que haya sido condenado (a) a la plena accesoria de interdicción de derechos y funciones públicas y no he sido sancionado (a) disciplinariamente con destitución.
3. No tengo condición de servidor (a) público (a).
4. No he sido declarado (a) responsable judicialmente por la comisión de delitos de peculado, concusión, cohecho, prevaricato en ninguna de sus modalidades, ni soborno transnacional, así como sus equivalentes en otras jurisdicciones.
5. No soy miembro de la junta o consejo directivo, ni servidor (a) público (a) de la entidad contratante. [i]
6. No tengo vínculos de parentesco, hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con los servidores públicos de los niveles, directivo, asesor, ejecutivo o con los miembros de la junta o consejo directivo, o con las personas que ejerzan el control interno o fiscal de la entidad contratante. [i]
7. No tengo cónyuge, compañero o compañera permanente que sea servidor




LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

público en los niveles directivo, asesor, ejecutivo, o de un miembro de la junta o consejo directivo de la entidad, ni vínculos de este tipo con quien ejerza funciones de control interno o de control fiscal. [ii]

Así mismo, declaro que NO conozco ninguna circunstancia que implique conflicto de intereses para contratar con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar-ICBF, incluyendo dentro de estas, tener vínculos familiares con funcionarios (as) del Instituto.

Cordialmente,



Julian David Sierra Ordoñez
Cel. 3176982055
Cédula de Ciudadanía No. 1070610826 de Girardot

[i] Esta incompatibilidad solo comprende a quienes desempeñaron funciones en los niveles directivo, asesor o ejecutivo y se extiende por el término de un (1) año, contado a partir de la fecha del retiro.
[ii] En las causales de inhabilidad por parentesco o por matrimonio

PÚBLICA



LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

GIRARDOT, 4 de septiembre de 2024

Señores
**INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR**
Cecilia de la Fuente de Lleras – ICBF
Ciudad

**Asunto:** autorización de tratamiento de datos personales y consulta en sistemas y bases de datos abiertos y manifestación de voluntad de afiliación al sistema de riesgos profesionales.

Yo, JULIAN DAVID SIERRA ORDOÑEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía No. 1070610826, por medio del presente autorizo expresamente de manera voluntaria e informada al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar- ICBF, para tratar mis datos personales, acorde con la Política de Tratamiento de Datos Personales del Instituto[1] para los fines relacionados con su misión y funciones, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y del Decreto 1074 de 2015.

Así mismo, autorizo libre y voluntariamente, de manera expresa e inequívoca al ICBF para que realice la recolección, almacenamiento, procesamiento, administración, transferencia y tratamiento de los datos personales que suministro de manera veraz y completa, con la finalidad de ser utilizados para los aspectos relacionados con la elaboración, suscripción y seguimiento a la ejecución de los contratos; la generación de registros, reportes y publicación de la gestión contractual establecidos normativamente, y tramitado en el marco de las políticas y procedimientos establecidos en el ICBF, así como el cumplimiento a los requerimientos de autoridades judiciales y entes de control interno y externo de la Entidad frente a los contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión.

Por lo anterior, el Instituto queda facultado para realizar cuando las necesidades lo ameriten, consultas en los sistemas, bases de datos y/o fuentes de información pública, que dispongan las entidades del Estado o privados que en ejercicio de sus funciones dan fe pública conforme a su misionalidad.

Así mismo, declaro que conozco la finalidad de la recolección y tratamiento de mis datos personales y que se realizará por el ICBF, en ejercicio propio de sus funciones legales y su misionalidad de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en el portal www.icbf.gov.co.

Manifiesto que fui informado(a) que en caso de que la Entidad solicite recolectar información, tengo derecho a contestar o no las preguntas que se me formulen y a entregar o no los datos solicitados. Entiendo que son datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar su discriminación, tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promueva intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición así como los datos relativos a la salud y a la vida sexual,

[1] https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/politica_de_tratamiento_de_datos_personales_0.pdf



PÚBLICA

que como titular de la información, fui informado de los derechos y deberes con que cuento, especialmente a conocer, actualizar y rectificar mi información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales podré ejercer a través de los canales presenciales o los medios virtuales dispuestos por la entidad[2].

Adicionalmente conforme al artículo 56 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo - Ley 1437 de 2011 modificado por el artículo 10 de la Ley 2080 de 2021, autorizo expresamente al Instituto a remitir notificaciones electrónicas al correo electrónico institucional que me llegare asignar el ICBF, una vez inicie la ejecución contractual o al registrado por el suscrito en la herramienta SECOP II y/o en el SIGEP.

Conforme lo manifestado en el estudio previo respecto de la procedencia de la consulta en el registro de inhabilidades por delitos contra la libertad, integridad y formación sexuales contra niños, niñas y adolescentes, autorizo de manera previa, expresa y escrita a que se realice la consulta correspondiente, cuando se configuren las circunstancias descritas en la Ley 1918 de 2018 y el decreto 753 de 2019 o norma que la modifique o sustituya.

Finalmente, manifiesto mi voluntad afiliarme al Sistema de Riesgos Laborales de conformidad con lo establecido en el Decreto 1072 de 2015, por lo tanto, autorizo a la Entidad para adelantar los trámites requeridos para mi Afiliación al Sistema de Riesgos Profesionales una vez celebrado el respectivo contrato.

Cordialmente

| **Firma del futuro contratista:** | |
|---|---|
| **Nombre del proveedor o futuro contratista:** | JULIAN DAVID SIERRA ORDOÑEZ |
| **Tipo y número de documento futuro contratista:** | CC 1070610826 |

[2] Correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co, línea gratuita Nacional: (57) 01 8000 91 80 80 y en Bogotá (571) 437 76 30, atención en el Chat virtual disponible de lunes a domingo, 24 horas en www.icbf.gov.co y servicio de Video llamada de lunes a viernes de 7:00 AM a 7:00 PM en jornada continua en www.icbf.gov.co.



PÚBLICA

Yo, JULIAN DAVID SIERRA ORDOÑEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía No. 1070610826, suscribo el presente **COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN,** en relación con la información clasificada o reservada que sea puesta a mi disposición por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF, manteniendo su confidencialidad, disponibilidad e integridad.

Como consecuencia a lo anterior, manifiesto que me comprometo a:

1. Dar aplicación a la Ley 1581 de 2012, la Ley 1712 de 2014, el capítulo 25 del título 2 de la parte 2 del libro 2 del Decreto 1074 de 2015, así como los procedimientos y formatos asociados a la Política de Tratamiento de Datos Personales y la Política de Seguridad y Privacidad de la Información, Seguridad Digital y Continuidad de la Operación que se encuentran publicadas en la página web www.icbf.gov.co.
2. Utilizar los repositorios de almacenamiento de información dispuestos por el ICBF.
3. Utilizar la información únicamente en los términos autorizados y establecidos en las políticas de la Entidad y entregar toda información de inmediato a la persona designada por el ICBF, una vez haya suspensión o terminación del contrato o cambio en las obligaciones; absteniéndome de mantener copia parcial o total de la información obtenida o generada con ocasión del desarrollo del objeto contractual.
4. Garantizar que la seguridad de la información, que se pone en mi conocimiento y custodia, se está ejerciendo sobre ella la debida diligencia y haciendo uso de las medidas y medios técnicos de responsabilidad y cuidado que ponga a disposición el Instituto, de conformidad a lo dispuesto en la Política de Seguridad y privacidad de la Información, seguridad digital y continuidad de la Operación del ICBF.
5. Propender por la seguridad de la información que se pone en mi conocimiento, ejerciendo sobre ella debida diligencia y haciendo uso de las medidas y medios técnicos de protección y custodia que ponga a disposición el Instituto, todo ello de acuerdo con lo dispuesto en la Política de Seguridad de la Información del ICBF.
6. No usar la información suministrada para fines distintos al cumplimiento del contrato suscrito con el ICBF, así como no utilizarla de forma alguna, que pudiere causar perjuicio directo o indirecto a los titulares o terceros de la información.
7. No revelar, divulgar, exhibir, mostrar, hacer circular, compilar, sustraer, ofrecer, vender, intercambiar, captar, interceptar, modificar, recolectar, almacenar, o replicar la información dada a conocer por el ICBF, inclusive después de finalizada su vinculación contractual o culminado el tratamiento de información realizado en ejercicio de las labores encomendadas, de conformidad con el **Principio de Confidencialidad** contenido en el Literal H artículo 4 de la Ley 1581 de 2012.No publicar ni disponer de la información puesta en mi conocimiento en sitios de Internet u otros medios de divulgación o comunicación masiva, conservando la información a la que tenga acceso bajo las políticas establecidas por el ICBF y las condiciones de seguridad necesarias, disponiendo de las medidas técnicas, humanas y administrativas que sean necesarias para otorgar seguridad e impedir su adulteración, pérdida, consulta, uso o acceso no autorizado o fraudulento.
8. No publicar ni disponer de la información puesta en mi conocimiento en la web It u otros medios de divulgación o comunicación masiva, conservando la información a la que tenga acceso bajo la Política de Tratamiento de Datos Personales y la Política de Seguridad y Privacidad de la Información entre otras políticas adoptadas en el ICBF y las condiciones de seguridad requeridas, disponiendo de las

medidas técnicas, humanas y administrativas necesarias para otorgar seguridad e impedir su adulteración, pérdida, consulta, uso o acceso no autorizado o fraudulento.

9. Tengo conocimiento que el incumplimiento de las anteriores disposiciones y compromisos facultará al Supervisor del contrato para compulsar y dar traslado a las autoridades competentes con el fin de que sean adelantadas las actuaciones administrativas, civiles, disciplinarias y penales a las que haya lugar.

Se suscribe en la ciudad de Girardot, el 4 de septiembre de 2024

| **Firma del futuro contratista:**  | |
|---|---|
| **Nombre del proveedor o futuro contratista:** | JULIAN DAVID SIERRA ORDOÑEZXXXXXXXXX |
| **Tipo y número de documento futuro contratista:** | Cédula 1070610826 de Girardot |

PÚBLICA

**FORMATO DIRECTIVA PRESIDENCIAL 01/2022[1]**
**CONTRATACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN**

**ÍNGRID JOHANNA CUBIDES PUENTES**, en mi calidad de **DIRECTORA (E.) REGIONAL CUNDINAMARCA**, y en cumplimiento a la Directiva Presidencial No. 01 de 2022 del 17 de enero de 2022, que indica en su numeral **1** que "*Antes de la suscripción de cualquier contrato de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión, se deberá verificar si el contratista, esto es, la persona natural o jurídica, tiene suscrito con cualquier entidad del Estado, algún otro u otros contratos de la misma naturaleza, para lo cual deberá apoyarse en las plataformas tecnológicas del Estado, tales como, el Sistema Electrónico para la Contratación SECOP (https:colombiacompra.gov.co/secop/secop) y el Portal Anticorrupción de Colombia PACO (https:portalpaco.gov.co/). Lo anterior con la finalidad de verificar la capacidad e idoneidad del contratista para ejecutar múltiples contratos de prestación de servicios profesionales o de apoyo a la gestión*", mediante el presente anexo dejo constancia que verifiqué lo siguiente:

Que el aspirante para celebrar un contrato de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión con el **Instituto Colombiano de Bienestar Familiar-ICBF, JULIAN DAVID SIERRA ORDOÑEZ** identificado(a) con **cédula de ciudadanía** No. 1070610826 de girardot, **NO** tiene a la fecha, contratos suscritos con otra(s) entidad(es) del Estado que se relacionan a continuación:

| Número de contrato | Objeto del contrato | Valor del contrato | Entidad contratante |
|---|---|---|---|
| N/A | N/A | N/A | N/A |

Con base en lo anterior, realizado el análisis correspondiente se verificó que dicho aspirante está en capacidad para suscribir y ejecutar con el **Instituto Colombiano de Bienestar Familiar-ICBF**, el contrato derivado del proceso contractual identificado con SITCO No. **212424**; así mismo, se compromete cabalmente a ejecutar las obligaciones derivadas del contrato a suscribir, y a informar al **Instituto Colombiano de Bienestar Familiar-ICBF,** la suscripción de contratos de prestación de servicios (profesionales o de apoyo a la gestión) con otras entidades durante la ejecución del contrato, para lo cual coadyuva el presente documento con su respectiva firma.

Se suscribe en la ciudad de Bogotá D.C., el 09 de septiembre de 2024.

| **Firma del Líder de la necesidad:** | | **Firma del futuro contratista:** | |
|---|---|---|---|
| **Nombre del Jefe o Director líder de la necesidad:** | **Íngrid Johanna Cubides Puentes** | **Nombre del proveedor o futuro contratista:** | **JULIAN DAVID SIERRA ORDOÑEZ** |
| **Cargo:** | **Directora Regional (E.)** | **Tipo y número de documento futuro contratista:** | **CC 1070610826** |
| **Oficina o Dirección líder de la necesidad:** | **Grupo Asistencia Técnica** | | |

[1] Lineamientos frente a contratos de prestación de servicios profesionales o apoyo a la gestión.




**Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.**
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

*06 3234851*

No. de Radicación SAT

Fecha de Radicación 09 06 2024

## I. DATOS DEL TRÁMITE

**Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo**

| 1. Tipo de trámite | 2. Tipo de Afiliación | 3. Régimen | 4. Tipo de afiliado | 5. Tipo de cotizante | Código |
|---|---|---|---|---|---|
| A. Afiliación [X] | A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X] | A. Contributivo [X] | A. Cotizante [X] | A. Dependiente [ ] | (a registrar por la EPS) |
| B. Reporte de Novedades [ ] | • Beneficiario o afiliado adicional [ ] | B. Subsidiado [ ] | B. Cabeza de familia [ ] | B. Independiente [X] | |
| | B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ] | | C. Beneficiario [ ] | C. Pensionado [ ] | |

## A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

| 6. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| Primer Apellido: Diaz | Segundo Apellido: Cardenas | Primer Nombre: Julian | Segundo Nombre: David |

| 7. Tipo de documento de identidad | 8. Número del documento de identidad | 9. Sexo | 10. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| CC | 1070610826 | Femenino [ ] Masculino [X] | D 2 D 3 M 06 A A A 3 |

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

| 11. Etnia | 12. Discapacidad | 13. Puntaje SISBÉN | 14. Grupo de población especial | 15. Administradora de riesgos laborales - ARL | 16. Administradora de pensiones |
|---|---|---|---|---|---|
| | Tipo F N M Condición T P | | | N/A | Pensiones |

| 17. Ingreso base de cotización - IBC | 18. Residencia | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1300000 | Dirección: Mza 13 Casa 29 B la Esperanza | | Teléfono fijo | Teléfono celular: 3126732033 |
| Correo electrónico: NT | Municipio / Distrito: Soacha | Zona Urbana [X] Rural [ ] | Localidad / Comuna | Departamento: Cundinamarca |

## IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

| 19. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |

| 20. Tipo de documento de identidad | 21. Número del documento de identidad | 22. Sexo | 23. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| | | Femenino [ ] Masculino [ ] | D D M M A A A A |

## Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

| 24. Apellidos y nombres | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
| B1 | | | | |
| B2 | | | | |
| B3 | | | | |
| B4 | | | | |
| B5 | | | | |

| | 25. Tipo de documento de identidad | 26. Número del documento de identidad | 27. Sexo Femenino | 27. Sexo Masculino | 28. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | D D M M A A A A |
| B2 | | | | | D D M M A A A A |
| B3 | | | | | D D M M A A A A |
| B4 | | | | | D D M M A A A A |
| B5 | | | | | D D M M A A A A |

**Datos complementarios**

| | 29. Parentesco | 30. Etnia |
|---|---|---|
| B1 | | |
| B2 | | |
| B3 | | |
| B4 | | |
| B5 | | |

| | 31. Discapacidad Tipo F | N | M | Condición T | P | 32. Datos de residencia: Municipio / Distrito | Zona Urbana | Rural | Departamento | Teléfono fijo y/o celular | 33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | | | | |

**Selección de la IPS Primaria**

Powered by CamScanner

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | D D M M A A A A | |
| B2 | | | | | D D M M A A A A | |
| B3 | | | | | D D M M A A A A | |
| B4 | | | | | D D M M A A A A | |
| B5 | | | | | D D M M A A A A | |

| | 31. Discapacidad | | | | | 32. Datos de residencia | | | | | 33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Tipo | | | Condición | | Municipio / Distrito | Zona | | Departamento | Teléfono fijo y/o celular | |
| | F | N | M | T | P | | Urbana | Rural | | | |
| B1 | | | | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | | | | |

**Selección de la IPS Primaria**

| | 34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS | Código de la IPS (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|
| C | | |
| B | | |
| B | | |
| B | | 165 |
| B | | |
| B | | |

### V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

**35. Nombre o razón social** Julian Diaz **36. Tipo de documento de identificación** CC **37. Número del documento de identificación** [illegible] **38. Tipo de aportante o pagador de pensiones** (a registrar por la EPS)

**39. Ubicación** [illegible] Dirección | Teléfono | Correo electrónico | Municipio / Distrito [illegible] | Departamento [illegible]

### B. REPORTE DE NOVEDADES

**40. Tipo de Novedad**

1. Modificación de datos básicos de identificación ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación ☐ 3. Actualización del documento de identidad ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS ☐ Código ☐ 6. Reinscripción en la EPS ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar ☑ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐ 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado ☐ 14. Traslado: A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen ☐ 15. Reporte de fallecimiento ☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante ☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado ☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado ☐

### VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

**41. Datos básicos de identificación**

Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

**Tipo de documento de identidad** ☐ **Número del documento de identidad** **Sexo** Femenino ☐ Masculino ☐ **Fecha de nacimiento** D D M M A A A A **42. Fecha novedad** [illegible]

**43. EPS anterior** **44. Motivo de traslado** Código ☐ **45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones**

### VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales. ☑
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. ☐
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. ☐
49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. ☐
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. ☑
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. ☑
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. ☑
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. ☑

### VIII. FIRMAS

[illegible signature]
54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario | 55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

### IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC

Powered by CamScanner

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

## VIII. FIRMAS

| 54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario | 55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio |
|---|---|
| X | |

## IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad:

| | CN | RC | TI | CC | PA | CE | CD | SC | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cantidad: | | | | | | | | | |

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
62. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

## X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

| 66. Identificación de la Entidad Territorial | | 67. Datos del SISBÉN | | | 68. Fecha de radicación | 69. Fecha de validación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Código del municipio | Código del departamento | Número de la ficha | Puntaje | Nivel | D D M M A A A A | D D M M A A A A |
| | | | | | | |

**70. Datos del funcionario que realiza la validación**

| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | OBSERVACIONES: |
|---|---|---|
| | | Cuenta propia |

**71. Firma del funcionario**

Famisanar 04 SEP 2024 GIT ARDOT APLICA ACEPTACION HASTA VERIFICACION

VIGILADO Supersalud

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

dispapeles 63456

**- 2a. COPIA: AFILIADO -**

Powered by CamScanner

# Protección

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

**NIT 800.229.739**

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **SIERRA ORDOÑEZ JULIAN DAVID** identificado(a) con **CC** número **1.070.610.826** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de junio de 2018 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 04 de septiembre de 2024.

Cordialmente,



**Cesar Mauricio Aubad Echeverry**
**Equipo Soporte para Clientes**

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2024090420000

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

# LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 02 de septiembre de 2024, a las 23:03:37, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 1070610826 |
| Código de Verificación | 1070610826240902230337 |

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO No. 253971633

PIB
16:44:12


Bogotá DC, 07 de septiembre del 2024

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) JULIAN DAVID SIERRA ORDOÑEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1070610826:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

**ADVERTENCIA:** La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

**NOTA:** El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

OLGA LUCIA TIBOCHA CORTES
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (E)

**ATENCIÓN :**
**ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.**

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

**Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que siendo las 11:11:26 PM horas del 02/09/2024, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1070610826**
Apellidos y Nombres: **SIERRA ORDOÑEZ JULIAN DAVID**

**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

# Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

## La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 02/09/2024 11:13:13 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1070610826 .**

## NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **101251081** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

**MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC**

## CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1070610826 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 02/09/2024 11:22 PM

Código Verificación: **U9W1G65HER**

Válida hasta: **02/12/2024**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

**MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC**

**FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA**

**EJÉRCITO NACIONAL**

**COMANDO DE RECLUTAMIENTO Y CONTROL RESERVAS**

EL SUSCRITO OFICIAL DE ATENCIÓN AL USUARIO

**C E R T I F I C A**

Que el señor JULIAN DAVID SIERRA ORDOÑEZ identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1070610826, presenta los siguientes datos referentes a la definición de su situación militar:

| | |
|---|---|
| Primer Nombre: | JULIAN |
| Segundo Nombre: | DAVID |
| Primer Apellido: | SIERRA |
| Segundo Apellido: | ORDOÑEZ |
| Tipo Documento: | Cédula de Ciudadanía |
| Número Documento: | 1070610826 |
| Clase Libreta Militar: | Primera Clase |

ESTA CERTIFICACIÓN ES GRATUITA
NO ES VÁLIDA COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN MILITAR
NO REEMPLAZA SU LIBRETA MILITAR

Se firma y se expide en Bogotá D.C. a los 2 días del mes de Septiembre de 2024, a las 11:32:39 PM.

Cordialmente,




Director de Reclutamiento - Ejército Nacional

Generó: Sistema Fénix


REPÚBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
NÚMERO 1070610826
APELLIDOS Y NOMBRES
SIERRA ORDOÑEZ
JULIAN DAVID
PERTENECE A LA RESERVA DE:
1ª LÍNEA
2ª LÍNEA
3ª LÍNEA
FECHA DE EXP:
08 MAY 2012
ESE MIL
P.M.
PROFESIÓN
BACHILLER
SIGDE
CODE DE IDENTITY


FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA Y EJERCITO NACIONAL
Instrucciones Especiales
1.
2.
0497921
EJ DIN 683