

Montería, 14 de enero de 2020

Señor:

JOSE NICOLAS BARRIOS SIERRA

SUBDIRECTOR DE CENTRO

CENTRO AGROPECUARIO Y DE BIOTECNOLOGÍA EL PORVENIR
REGIONAL CÓRDOBA

Asunto: Presentación Oferta de Servicios Personales

De manera atenta me permito presentar a su consideración la oferta de prestación de servicios personales en los siguientes términos:

Objeto: CONTRATAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL DE UN APOYO EN EL PROGRAMA DE LA ARTICULACIÓN CON LA MEDIA TÉCNICA EN EL CENTRO AGROPECUARIO Y DE BIOTECNOLOGÍA EL PORVENIR. VIGENCIA 2020

Valor y forma de pago: a. UN PRIMER PAGO CORRESPONDIENTE A ENERO POR VALOR DE UN MILLON NOVECIENTOS TREINTA Y UN MIL TRECE PESOS M/CTE (\$1931013) b) ONCE (11) PAGOS IGUALES DE FEBRERO A DICIEMBRE POR VALOR DE TRES MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y DOS MIL VEINTISEIS PESOS M/CTE (\$3862026) CADA UNO.

Obrando en nombre propio, expreso mi voluntad de prestar el servicio en el plazo, forma y términos requeridos y bajo la **gravedad de juramento** manifiesto que no estoy incurso en ninguna de las inhabilidades e incompatibilidades contenidas en la Ley 80 de 1993, adicionado por la Ley 1150 de 2007. De igual manera manifiesto, que la información registrada y entregada con sus respectivos soportes para el futuro proceso de contratación, son auténticos y corresponden a mi experiencia laboral y académica, así mismo autorizo a la entidad para procesar, solicitar, divulgar, corroborar y obtener de cualquier fuente que realice las consultas, toda la información y referencias relativas a mi persona ante las entidades correspondientes y a cualquier otra entidad que maneje base de datos, conforme a la Ley 1581 de 2012.

Adicional, manifiesto que he leído los documentos que soportan la futura contratación como son los **estudios previos y análisis del sector**, encontrándome habilitado conforme al perfil que se requiere y hago la siguiente declaración:

DECLARACIÓN BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO RÉGIMEN DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

¿Algún familiar suyo fue o es funcionario de la Entidad? si () No (x)

Si su respuesta es afirmativa, relacione nombres y apellidos:

Si su respuesta es afirmativa indique que tipo de parentesco tiene con usted:

Si su familiar fue funcionario de esta Entidad, indique si fue:

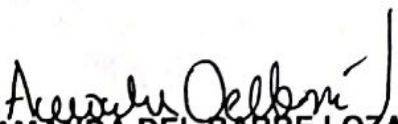
Directivo () Asesor () Profesional () otro _____

Se encuentra afiliado y al día en los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, de acuerdo con el Decreto 1273 de 2018

Si (x) No ()

DECLARACIÓN DE CONFLICTO O NO CONFLICTO DE INTERESES: Manifiesto conocer las implicaciones legales de incurrir en alguna de las causales de conflicto de interés, inhabilidad o incompatibilidad y me comprometo a informar cualquier conflicto que a nivel personal llegue a comprometer la estabilidad económica, moral y particular a esta entidad.

Atentamente,


AMANDA DEL BARRE LOZANO
C. de C. No. 35144217 de Chinu
Tel: 3103622890
amandadelbarre@hotmail.com

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **35.144.217**

DELBARRE LOZANO

APELLIDOS

AMANDA LUCIA

NOMBRES

Amanda Lucía Delbarre Lozano
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **07-JUL-1982**
CHINU
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60

O-

F

ESTATURA

G.S. RH

SEXO

16-ENE-2001 CHINU

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1301900-00535278-F-0035144217-20140111

0036556345A 1

40743253