BIENESTAR FAMILIAR	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Cecilia de la Fuente de Lleras Dirección de Abastecimiento Grupo de Plan de Compras y Contratación	El futuro es de todos · Gobierno de Colombia

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

Certificación No.:		**0F589CC2-0747-42A0-8718-6A46284362EE**	
Vigencia:	2020	Fecha y hora de certificación:	29/09/2020 9:17 a. m.
Consecutivo:	16915	Regional:	REGIONAL ATLANTICO
Modalidad:	CONTRATACIÓN DIRECTA	Tipo de contrato:	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
Fecha publicación SECOP:			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 PARA LA IMPLEMENTACIÓN Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, APLICANDO LA NORMATIVIDAD VIGENTE Y NORMAS INTERNAS DEL ICBF EN LA REGIONAL ATLANTICO			
Valor programado a contratar*:			$12.554.670,00
Valor contratado:			$0,00
Deducciones aplicadas al contrato			
Saldo programado a contratar:			$12.554.670,00
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-4199-1500-8-0-4199064-02-991	SOPORTE A LA GESTION DEL PROYECTO - APOYO EN CONTRATACION DE SERVICIOS	27	$12.554.670,00	$0,00	$12.554.670,00

Esta certificación fue generada a través del Sistema de Información del Plan Anual de Compras y Contratación PACCO el día: martes, 29 de septiembre de 2020

Generada por: anadela.medina

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

Escaneado con CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO ADQUISICIÓN BIENES Y SERVICIOS	F4.P5.ABS	14/11/2019
	FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES CONTRA NIÑOS NIÑAS Y ADOLESCENTES	Versión 1	Página 1 de 1

El(la) suscrito(a) Jean Carlos Fora Escalante identificado con C.C./ C.E./ P.P No. 72.432.882 expedida en Soledad, 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 Barranquilla, el día 30 (__) de Septiembre de 20 20

Firma
Nombre Jean Carlos Fora Escalante
Cédula 72.432.882

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 POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

Escaneado con CamScanner

Barranquilla, 30 de Septiembre de 2020

Señores

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR

Ciudad

Yo, **JEAN CARLOS LORA ESCALANTE** identificada con cédula de ciudadanía No. 72.432.882 de Soledad, en calidad de contratista de prestación de servicios del **INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR**, manifiesto que SI, es mi voluntad afiliarme al Sistema de Riesgos Laborales de conformidad con lo establecido en el Decreto 723 de 2013.

JEAN CARLOS LORA ESCALANTE
Cédula de Ciudadanía No. 72.432.882 de Soledad

Escaneado con CamScanner

Salud Ocupacional
¡Somos todos!

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

GABRIEL ANTONIO CARRILLO FONTALVO
MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
Calle 45B # 15-53
Cel.: 3005347949
e-mail: gabrielantonio_1364@hotmail.com
Barranquilla - Colombia

FECHA:	D: 30	M: 09	A:2020

ENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR **2177**

OMBRE Y APELLIDOS COMPLETO: JEAN CARLOS ORA ESCALANTE	**DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** 72432882	**EDAD:** 37AÑOS
ARGO : REFERENTE SST	**EMPRESA:** CONTRATISTA BIENESTAR SOCIAL	**GÉNERO:** M _X_ F__

PO DE EXAMEN: INGRESO [X] EGRESO [ ] POST INCAPACIDAD [ ] PERIODICO [ ] OTROS [ ]

ÁMENES PARACLÍNICOS REALIZADOS

	VALOR		VALOR		VALOR	TALLA	PESO
pirometría		Frotis de garganta		Glicemia Basal	Normal	1.69	70
diometria	Normal	Cultivo faríngeo		Colesterol total	Normal	IMC	
siometría	Normal	Coprológico		Triglicéridos	Normal		
teomuscular	Normal	KOH de uñas		C. Hemático			

ONCEPTO MÉDICO LABORAL (EVALUACIÓN PSICO/FÍSICO)

EXAMEN MÉDICO INGRESO	EXAMEN MÉDICO PERIÓDICO	EXAMEN MÉDICO EGRESO	EXAMEN MÉDICO POST INCAPACIDAD
_Sin restricciones al cargo	___Satisfactorios	___Satisfactorios	___Satisfactorios
Apto con recomendaciones	____Condición que requiere valoración por EPS		
_Aplazado por enfermedad que uiere tratamiento antes de entrar	___Debe reasignar funciones, reubicar, revaluar punto de trabajo	____Condición que requiere valoración por su EPS/ARL	___Debe seguir en tratamiento
_NO APTO por presentar dición médica que no cumple requisitos del cargo	____Condición médica agravada por labor requiere ser valorado por EPS o ARL		

NEO PARA TRABAJAR EN ALTURA	SIX	NO	IDÓNEO CONDUCCIÓN VEHICULAR	SI	NO	IDÓNEO TRABAJO ESPACIO CONFINADO	SIX	NO
NEO PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS	SI	NO	IDÓNEO MANIPULACIÓN DE CARGA			REQUIERE o SER REUBIDADO	SI	NO

SERVACIONES:

RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES

RECOMENDACIONES	SEGÚN IMC	MANEJOEPS/ARL	INCLUSIÓN (Sistema de Vigilancia Epidemiológica)
Control ocupacional periódico	_X__Dieta	___Remisión a EPS	___Salud visual
giene postural Columna v.	_X__Ejercicio regular	___Remisión a ARL	___Cuidado auditivo
__Pausas Activas	__X_ Valoración Nutricional	___Continuar Tto Médico	___Cardiovascular
_Evaluación puesto de Trabajo	___Valoración EPS		___Cuidado Espalda
			___Osteomuscular
			___Pared Abdominal

Dr. Gabriel Carrillo Fontalvo
Lic s.o 02839-12

FIRMA DEL TRABAJADOR

Escaneado con CamScanner

El servicio público es de todos | Función Pública

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Lora	**SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)** Escalante	**NOMBRES** Jean Carlos	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C (•) C.E ( ) PAS ( ) No. 72432882	**SEXO** F ( ) M (•)	**NACIONALIDAD** COL. (•) EXTRANJERO ( )	**PAÍS** Colombia
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( )	**NÚMERO**	**D.M**	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 15 MES 09 AÑO 1983 PAÍS Colombia DEPTO Atlántico MUNICIPIO SOLEDAD	**DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA** Calle 22B N 31-141 Apartamento PAÍS Colombia DEPTO Atlántico MUNICIPIO TELÉFONO 3280549 EMAIL jeancarlos_0915@hotmail.com		

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

2 FORMACION ACADEMICA

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)

EDUCACION BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO: Bachiller en Ciencias
PRIMARIA					SECUNDARIA			MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 12 AÑO 2000

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:
TC (TÉCNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA 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 SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
UN	8	X		INSTRUMENTACION QUIRURGICA	07	2009	2953
ES	2	X		ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE LA SALUD OCUPACIONAL	07	2015	4806 de 2015
TC	4	X		TECNICA PROFESIONAL EN SALUD OCUPACIONAL Y PROTECCION AMBIENTAL	07	2013	111-13

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD GS CONTROL DE PLAGAS S.A.S	**PÚBLICA**	**PRIVADA** X	**PAÍS** Colombia
DEPARTAMENTO Atlántico	**MUNICIPIO** BARRANQUILLA		**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD** coordinadoradministrativa@gscontroldeplagas.com
TELÉFONOS 3106489184	**FECHA DE INGRESO** DÍA 14 MES 11 AÑO 2018		**FECHA DE RETIRO** DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATO DE SERVICIOS PROFESIONALES	**DEPENDENCIA** SALUD OCUPACIONAL Y AMBIENTE		**DIRECCIÓN** CALLE 72 NO. 68 -145

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD DIME CONSTRUCCIONES S.A.S	**PÚBLICA**	**PRIVADA** X	**PAÍS** Colombia
DEPARTAMENTO Atlántico	**MUNICIPIO** BARRANQUILLA		**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD** gerenciadimeconstrucciones@gmail.com
TELÉFONOS 3007771823	**FECHA DE INGRESO** DÍA 11 MES 12 AÑO 2017		**FECHA DE RETIRO** DÍA 30 MES 08 AÑO 2018
CARGO O CONTRATO CONTRATO DE SERVICIOS PROFESIONALES	**DEPENDENCIA** SALUD OCUPACIONAL		**DIRECCIÓN** CRA 44 NO. 37 105

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD ALACALDIA MUNICIPAL USIACURI	**PÚBLICA** X	**PRIVADA**	**PAÍS** Colombia
DEPARTAMENTO Atlántico	**MUNICIPIO** USIACURÍ		**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**
TELÉFONOS	**FECHA DE INGRESO** DÍA 01 MES 05 AÑO 2017		**FECHA DE RETIRO** DÍA 31 MES 05 AÑO 2019

Escaneado con CamScanner

Escaneado con CamScanner

Hoja de vida del funcionario

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Fundación avance, Unión temporal Fases II		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Atlántico	SOLEDAD	
TELÉFONOS	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**
3746058	DÍA 02 MES 03 AÑO 2009	DÍA 30 MES 11 AÑO 2011
CARGO O CONTRATO	**DEPENDENCIA**	**DIRECCIÓN**
Prestación de servicio	Administativa	Calle 25 No 18 - 13

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL GENERAL BARRANQUILLA	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Atlántico	BARRANQUILLA	
TELÉFONOS	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**
	DÍA 16 MES 02 AÑO 2004	DÍA 18 MES 06 AÑO 2004
CARGO O CONTRATO	**DEPENDENCIA**	**DIRECCIÓN**
PRACTICAS PROFESIONALES PRACTICAS PROFESIONALES	CIRUGIA	calle 33 cra 33

EXPERIENCIA DOCENTE

INSTITUCIÓN	HORAS SEMANALES	PAÍS
Institución Educativa Jorge Artel	24	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	MODALIDAD
Atlántico	SOLEDAD	Formal
NIVEL EDUCATIVO	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**
Básica secundaria	DÍA 02 MES 02 AÑO 2009	DÍA 30 MES 11 AÑO 2014
ÁREA DE CONOCIMIENTO	**MATERIA IMPARTIDA**	
Salud Ocupacional	Emprendimiento	

EXPERIENCIA DOCENTE

INSTITUCIÓN	HORAS SEMANALES	PAÍS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA- BOGOTA CEDAGRO SENA REGIONAL ATLCO.		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	MODALIDAD
Atlántico	SABANALARGA	Formal
NIVEL EDUCATIVO	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**
Técnica profesional	DÍA 01 MES 02 AÑO 2016	DÍA 17 MES 12 AÑO 2016
ÁREA DE CONOCIMIENTO	**MATERIA IMPARTIDA**	
Ciencias de la educacion SALUD OCUPACIONAL	SALUD OCUPACIONAL	

EXPERIENCIA DOCENTE

INSTITUCIÓN	HORAS SEMANALES	PAÍS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - CEDAGRO	30	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	MODALIDAD
Atlántico	SABANALARGA	Formal
NIVEL EDUCATIVO	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**
Tecnológica	DÍA 29 MES 01 AÑO 2018	DÍA 30 MES 06 AÑO 2018
ÁREA DE CONOCIMIENTO	**MATERIA IMPARTIDA**	
Ciencias de la educacion Realizar formaci?n en la competencia transversal de salud ocupacional	COMPETENCIA SALUD OCUPACIONAL	

EXPERIENCIA DOCENTE

INSTITUCIÓN	HORAS SEMANALES	PAÍS
Centro Para el Desarrollo Agroecológico y Agro Industrial SENA	40	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	MODALIDAD
Atlántico	SABANALARGA	Formal
NIVEL EDUCATIVO	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**
Tecnológica	DÍA 24 MES 01 AÑO 2014	DÍA 16 MES 12 AÑO 2015
ÁREA DE CONOCIMIENTO	**MATERIA IMPARTIDA**	
Salud Ocupacional	Seguridad y salud en el Trabajo	

EXPERIENCIA DOCENTE

INSTITUCIÓN	HORAS SEMANALES	PAÍS
SENA - CENTRO PARA EL DESARROLLO AGROECOLOGICO Y AGROINDUSTRIAL	40	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	MODALIDAD
Atlántico	SABANALARGA	Formal
NIVEL EDUCATIVO	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**
Especialización	DÍA 25 MES 01 AÑO 2017	DÍA 15 MES 12 AÑO 2017
ÁREA DE CONOCIMIENTO	**MATERIA IMPARTIDA**	
Ciencias de la educacion	SALUD OCUPACIONAL	

EXPERIENCIA DOCENTE

INSTITUCIÓN	HORAS SEMANALES	PAÍS
CENTRO PARA EL DESARROLLO AGROECOLOGICO Y AGROINDUSTRIAL SENA REGIONAL ATLANTICO	40	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	MODALIDAD
Atlántico	SABANALARGA	Formal
NIVEL EDUCATIVO	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**
Especialización	DÍA 16 MES 07 AÑO 2018	DÍA 14 MES 12 AÑO 2018
ÁREA DE CONOCIMIENTO	**MATERIA IMPARTIDA**	
Ciencias de la educacion Conocimientos en seguridad y salud en el trabajo , ambiente	Salud ocupacional	

EXPERIENCIA DOCENTE

INSTITUCIÓN	HORAS SEMANALES	PAÍS
SENA CEDAGRO	20	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	MODALIDAD
Atlántico	SABANALARGA	Formal
NIVEL EDUCATIVO	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**

Escaneado con CamScanner

Escaneado con CamScanner

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

4 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ○ NO ○ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD 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 _____

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

5 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.

03-08-2020.
Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

Escaneado con CamScanner
Escaneado con CamScanner

CERTIFICADO DE IDONEIDAD Y EXPERIENCIA.

El **ICBF** es un establecimiento público descentralizado, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio, creado mediante la Ley 75 de 1968 y su Decreto Reglamentario 2388 de 1979, adscrito al Departamento Administrativo para la Prosperidad Social, mediante Decreto 4156 de 2011, que tiene por objeto propender y fortalecer la integración y desarrollo armónico de la familia, proteger a los niños, niñas y adolescentes y garantizarles sus derechos.

Que de acuerdo con las funciones asignadas al Grupo De Asistencia Técnica y señaladas en el Estudio Previo que hace parte integral del presente proceso contractual, y con el fin de contar con una persona PROFESIONAL que preste al Grupo de Asistencia Técnica , por sus propios medios, con plena autonomía técnica y administrativa sus servicios con el siguiente objeto contractual : "**Prestar servicios profesionales como nutricionista dietista a la regional Atlántico, para realizar apoyo técnico en las áreas de su competencia profesional, en la supervisión de los contratos de aporte de los servicios de protección que le sean asignados.** "

En este sentido La Coordinadora del Grupo De Asistencia Técnica, procede a realizar el análisis de la idoneidad y experiencia laboral conforme a la resolución 10715 del 20 de noviembre de 2019. Para la celebración del presente Contrato de Prestación de Servicios. Por ello, se procede a verificar la hoja de vida de **JEAN CARLOS LORA ESCALANTE identificado**(a) con la cédula de ciudadanía No. 72.432.882 de Soledad - Atlántico , certificando que cuenta con los estudios y experiencia pertinente con el objeto del contrato a celebrar de prestación de servicios profesionales y de acuerdo con lo establecido en la Resolución 10715 del 20 de noviembre de 2019, así:

- Copia título de Bachiller Académico expedido por la Instituto Oficial de Bachillerato de Soledad.
- Copia título de Universidad de Instrumentador Quirúrgico, expedido por la Universidad Libre
- Copia título de Especialista en Gerencia de la Salud Ocupacional, expedido por la Corporación Universitaria de Ciencias Empresariales Educación y Salud
- Copia de resolución No 4806 de 25/09/2015, de la Secretaria de Salud Departamental que otorga Licencia de Prestación de Servicio en SST.
- Copia de Cursos de Capacitación virtual de Cincuenta (50) horas, otorgado por el SENA, conforme con lo proferido en la resolución 312 del 2019 "por la cual se definen los estándares mínimos del SG-SST"
- Copia certificado de Auditoria internas del Sistema Integrado de gestión-Norma OHSAS 18001:2007-ISO 45001 de 2018, otorgado por el SENA
- Certificaciones que acreditan experiencia de 60 meses de acuerdo con la Resolución 10715 del 20 de noviembre de 2019

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 POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Escaneado con CamScanner

En consecuencia, certifico que **JEAN CARLOS LORA ESCALANTE ,** cumple los requisitos técnicos y específicos requeridos por la Regional Atlántico en los Estudios Previos y la Resolución 10715 del 20 de noviembre de 2019, por lo que resulta conveniente para el **ICBF** suscribir el contrato de **Prestación de Servicios Profesionales** para desarrollar el siguiente objeto contractual:" PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA IMPLEMENTACIÓN Y SOSTNIBILIDAD DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, APLICANDO LA NORMATIVIDAD VIGENTE Y NORMAS INTERNAS DEL ICBF EN LA REGIONAL ATLANTICO"

Dado en Barranquilla, a los 30 días del mes de Septiembre del 2020.

LEYDIS YANETH FERRER PABON
Coordinadora Grupo Administrativo

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 POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Escaneado con CamScanner

	PROCESO ADQUISICIÓN BIENES Y SERVICIOS	F6.P2.ABS	30/05/2018
BIENESTAR FAMILIAR	FORMATO AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	Versión 3	Página 1 de 1

De conformidad con lo dispuesto en la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Cecilia de la Fuente de Lleras – ICBF, para que realice la recolección y tratamiento de mis datos personales que suministro de manera veraz y completa, los cuales serán utilizados para los diferentes aspectos relacionados con la elaboración, suscripción y seguimiento de los contratos de prestación de servicios de la entidad.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con 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 y la posibilidad que tenía de no efectuar la autorización en aquella información considerada sensible.

Manifiesto que como titular de la información, fui informado de los derechos con que cuento como titular de la información, 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, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co, línea gratuita Nacional: (57) 01 8000 91 80 80 y en Bogotá (571) 437 65 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.

Se suscribe en la ciudad de Barranquilla, el día 30 (__) de Septiembre de 2020

Firma
Nombre Jean Carlos Jota Escalante
Cédula 72.432.882

Escaneado con CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO ADQUISICIÓN BIENES Y SERVICIOS	F7.P2.ABS	22/11/2019
	FORMATO COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD DE INFORMACIÓN - CONTRATISTAS	Versión 3	Página 1 de 1

Yo: Jean Carlos Sora Escalante, de nacionalidad Colombiano identificado(a) con CC ✓ CE ___ No. 72.432.882 expedida en la ciudad de Soledad, 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:

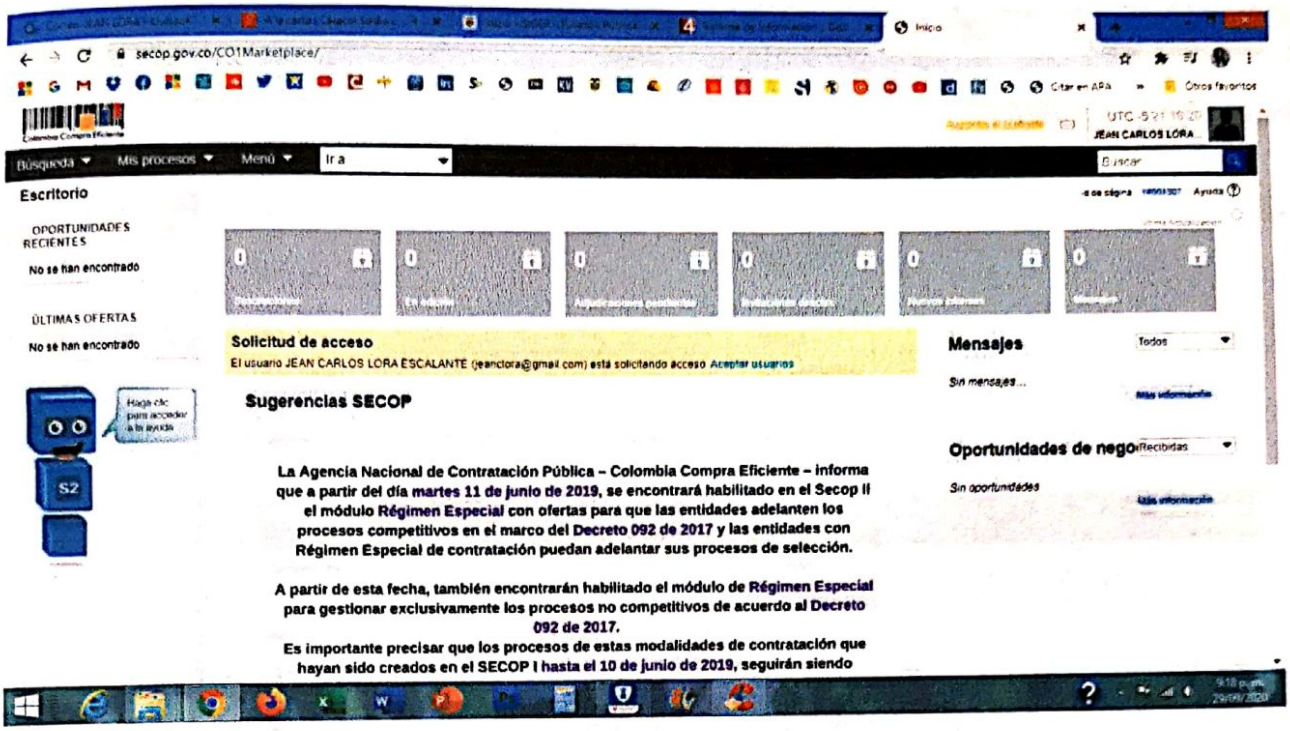
1. Dar aplicación a la Ley 1581 de 2012, la Ley 1712 de 2014, el capítulo 25 del título 2 de la parte 2 del libro 2 del Decreto 1074 de 2015, así como de la Política de Tratamiento de Datos Personales y la Política de Seguridad de la Información del ICBF, políticas que se encuentran publicadas en la página web www.icbf.gov.co.
2. 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.
3. 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, aún después de finalizado el contrato.
4. 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.
5. Utilizar solo los repositorios de información dispuestos por el ICBF.
6. Utilizar la información únicamente en los términos autorizados y devolver toda información de inmediato a la persona designada por el ICBF una vez haya suspensión o terminación de 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.
7. Garantizar la seguridad de la información que se pone en mi conocimiento, ejerciendo sobre ella diligencia y haciendo uso de las medidas y medios técnicos de cuidado que ponga a disposición el Instituto, todo ello de acuerdo a lo dispuesto en la Política de Seguridad de la Información del ICBF.

El no cumplimiento de los anteriores compromisos podría dar lugar a acciones civiles, contractuales, e incluso penales por parte del ICBF o de los titulares a quienes se les afecte en sus derechos.

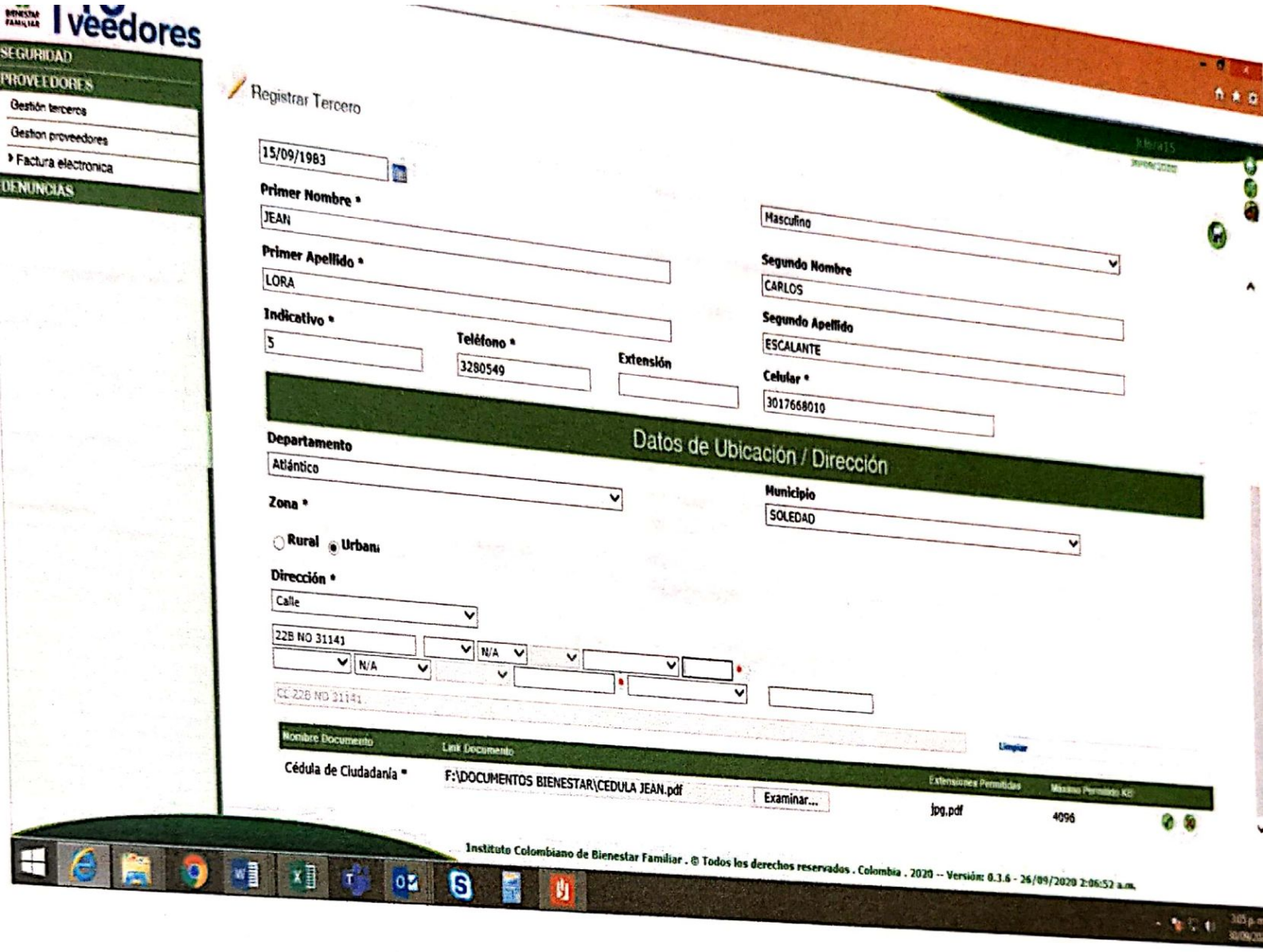
Se suscribe en la ciudad de Barranquilla, el día 30 (__) de Septiembre de 2020.

Firma
Nombre Jean Carlos Sora Escalante
Cédula 72.432.882

Escaneado con CamScanner



Escaneado con CamScanner



Escaneado con CamScanner

Registrar Tercero

¿Qué es un tercero?

Consecutivo Interno Registro

Nombre de Usuario
jclora15

Correo Electrónico
Jeancarlos_0915@hotmail.com

Tipo de persona o asociación
NATURAL

Tipo de Identificación
CC

Número de Identificación
72432882

Fecha de Expedición *
04/12/2001

Fecha de Nacimiento *
15/09/1983

Sexo *
Masculino

Primer Nombre *
JEAN

Segundo Nombre
CARLOS

Primer Apellido *
LORA

Segundo Apellido
ESCALANTE

Indicativo *
5

Teléfono *
3280549

Extensión

Celular *
3017668010

Datos de Ubicación / Dirección

Escaneado con CamScanner