AUTORIZACIÓN DE CONSULTA DE DATOS Y MANIFESTACIÓN DE CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA E INFORMACIÓN DE RELACIÓN DE CONTRATOS SUSCRITOS CON ENTIDADES PÚBLICAS

Sara Camila Moncada Castro identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1019130535, de manera libre, espontánea y cumpliendo lo establecido en la Ley 1581 de 2012 de protección de datos personales, autorizo al **Instituto Colombiano de Antropología e Historia (ICANH)**, para que dentro del proceso de contratación consulte y verifique mis datos, información académica y experiencia; así mismo, certificados de antecedentes profesionales (si aplica) disciplinarios, fiscales, judiciales, medidas correctivas y registro de deudores alimentarios morosos.

Así mismo, manifiesto bajo la gravedad de juramento que no me encuentro inmerso(a) en las inhabilidades e incompatibilidades estipuladas en el artículo 8 de la Ley 80 de 1993, modificado por la Ley 2014 de 2019 y en las Leyes 1952 de 2019 y 1437 de 2011 Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (CPACA) y demás normas que las reglamenten, complementen, modifiquen o sustituyan que me impidan suscribir Contrato de Prestación de Servicios Profesionales con el **Instituto Colombiano de Antropología e Historia (ICANH)**

De la misma forma manifiesto bajo la gravedad de juramento, que a la fecha de suscripción del presente documento **No** tengo contratos de prestación de servicios con otras Entidades Estatales.

Entidad Estatal (de cualquier orden)	Número de contrato (vigente)	Fecha de inicio	Fecha de finalización	Plazo del contrato
N/A	N/A	DD/MM/YYYY	DD/MM/YYYY	XX MESES

Por último, autorizo ser notificado en mi correo electrónico tacasarita@gmail.com de acuerdo con lo contemplado en artículo. 53 y s.s. de la Ley 1437 de 2011 Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (CPACA).

El presente documento se suscribe a los 02 días del mes de enero del año 2026

Sara Moncada

_____

NOMBRE DEL CONTRATISTA: Sara Camila Moncada Castro
No. DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN 1019130535