Escuela Superior de Administración Pública	**FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES**	**CÓDIGO: TD-FO-004**
		VERSIÓN: 1
		FECHA: 10/04/2024
Proceso: Transformación Digital		
Documento de referencia: Política de Protección de Datos Personales TD-IN-001		

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" autorizo libre, expresa e inequívocamente a La Escuela Superior de Administración Pública - ESAP, para que realice la recolección y tratamiento de mis datos personales que suministro de manera veraz y completa y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por La Escuela Superior de Administración Pública - La ESAP de lo siguiente:

1. La ESAP actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Datos Personales la ESAP disponible en SGC en página web de la entidad.
2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, la cual consiste en: ***CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES.***
3. Es de carácter facultativo o voluntario responder preguntas que versen sobre Datos Sensibles o sobre menores de edad.
4. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales.
5. Los derechos pueden ser ejercidos a través de los canales dispuestos por el ESAP y observando la Política de Tratamiento de Datos Personales del ESAP.
6. Mediante la página web de la entidad (www.esap.edu.co), podré radicar cualquier tipo de requerimiento relacionado con el tratamiento de mis datos personales.
7. La ESAP garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento. Cualquier cambio será informado y publicado oportunamente en la página web.
8. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la ESAP para tratar mis datos personales y tomar mi huella y fotografía de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales la ESAP.
9. La información obtenida para el Tratamiento de mis datos personales la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

Se firma en la ciudad de Cali, a los 26 días del mes de enero del año 2026.



Firma del Titular:
Nombre del Titular: JOSE ALBERTO JARAMILLO MOLINA
Identificación del Titular: 71623292

Escuela Superior de Administración Pública	FORMATO CERTIFICADO DE IDONEIDAD	CÓDIGO:	BS-FO-033
		VERSIÓN:	2
		FECHA:	7/10/2024

Proceso: Adquisición de Bienes y Servicios

Documento de referencia: Procedimiento de la contratación BS-PT-002

En cumplimiento de lo señalado artículo 2.2.1.2.1.4.9 del Decreto Nacional 1082 de 2015, reglamentario de la Ley 80 de 1993 y de la Ley 1150 de 2007, el(la) suscrito(a) certifica que el(la) candidato(a) relacionado(a) a continuación, cumple el perfil requerido (educación y experiencia) y acredita idoneidad para cumplir con el objeto del contrato, de la siguiente manera:

Nombres y apellidos	JOSE ALBERTO JARAMILLO MOLINA	**Documento de identificación**	71623292
REQUISITOS DE IDONEIDAD **Validar SEGÚN RESOLUCIÓN DE HONORARIOS VIGENTE** (Formación académica y experiencia)	REQUISITOS MÍNIMOS: TITULO UNIVERSITARIO Y DE POSGRADO A NIVEL DE MAESTRIA + 60 MESES DE EXPERIENCIA PROFESIONAL RELACIONADA + 300 HORAS DE LABOR DOCENTE		
PERFIL	DOCENTE CAPACITADOR	**NIVEL**	II

Formación perfil mínimo
(inserte tantas filas como requiera)

Bachiller	Universidad Pontificia Bolibariana		
Pregrado	Arquitecto- UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA SEDE MEDELLIN- TERMINACIÓN MATERIAS JUNIO DE 1988- GRADO SEPTIEMBRE DE 1988	**Expedición Tarjeta profesional**	05700-31710 DE 20/04/89
Posgrado	Especialista en gestión de entidades territoriales- UNIVERSIDAD EXTERNADO DE COLOMBIA- TERMINACIÓN MATERIAS NOVIEMBRE DE 1994- GRADO 5 DE DICIEMBRE 1994 Magister en administración pública- ESAP BOGOTA- GRADO 26 DE OCTUBRE DE 2018		

Cálculo de experiencia perfil mínimo
(inserte tantas filas de experiencia como requiera)

Nota: Para el cómputo de la experiencia no se se tendrán en cuenta los periodos de ejecucion simultánea, traslapo, o doble tiempo de ejecución.
Ingresar únicamente la experiencia que resulte aplicable al perfil mínimo a contratar.

Empleador/Contratante	Número de Contrato (incluir el numero de contrato/nombramiento)	Objeto (Describir cargo/ objeto del Contrato)	FECHA INICIO			FECHA FIN			TOTAL		
			Año	Mes	Día	Año	Mes	Día	Años	Meses	Días
ESAP Valle	NA	Docente de catedra	2024	5	7	2024	5	29	0	0	22
ESAP Valle	NA	Docente de catedra	2024	3	19	2024	5	18	0	2	29
ESAP Valle	NA	Docente de catedra	2024	2	9	2024	3	2	0	0	22
ESAP Valle	NA	Capacitación en proyectos y MGA	2023	3	6	2023	12	30	0	9	24
ESAP Valle	NA	Docente de catedra	2023	3	10	2023	3	25	0	0	15
ESAP Valle	NA	Docente de catedra	2023	4	18	2023	5	24	0	1	6
ESAP Valle	NA	Docente de catedra	2023	2	11	2023	3	16	0	1	5
ESAP Valle	NA	Docente de catedra	2022	10	29	2022	11	20	0	1	9
ESAP Valle	NA	Docente de catedra	2022	9	23	2022	10	23	0	1	0
ESAP Valle	NA	Docente de catedra	2022	3	14	2022	4	7	0	0	23
ESAP Valle	NA	Docente de catedra	2022	4	22	2022	5	14	0	0	22
ESAP Valle	NA	Docente de catedra	2021	3	6	2021	12	1	0	8	25
Alcaldia Ginebra	NA	Asesoria en formulación plan de desarrollo y fortalecer MIPG	2020	8	20	2020	10	30	0	2	10
Alcaldia Ginebra	NA	Asesoria en formulación plan de desarrollo y fortalecer MIPG	2020	11	17	2020	12	30	0	1	13
Alcaldia Ginebra	NA	Asesoria en formulación plan de desarrollo y fortalecer MIPG	2020	1	23	2020	6	30	0	5	7
CISP	NA	Capacitador formulación de proyectos	2018	3	27	2018	8	13	0	4	16
ESAP Valle	NA	Docente de catedra	2010	8	5	2018	11	26	8	3	21
Corporación Vallenpaz	NA	Coordinador de campo CTP varios municipios	2010	8	1	2010	12	31	0	4	30
Corporación Vallenpaz	NA	Coordinador de campo CTP varios municipios	2011	1	17	2011	2	17	0	1	0
Universidad Antonio Nariño	NA	Docente e investigador	2003	12	5	2003	12	30	0	0	25
Universidad Antonio Nariño	NA	Docente e investigador	2004	2	16	2004	6	15	0	3	29
Grupo lider LTDA	NA	Responsable área de proyectos, planes de desarrollo y planes de ordenamiento territorial	1994	12	15	1996	11	15	1	11	0

		9	**57**	**353**
		108	**57**	**11,767**
	Total meses de experiencia	**176,8**		

Homologación de experiencia ó formación adicional a la aportada para el cumplimiento del perfil mínimo, de acuerdo con la resolución de honorarios vigente y la normatividad aplicable.
(inserte tantas filas de experiencia como requiera)

Se va a homologar experiencia por formación ( )
Se va a homologar formación por experiencia ( )

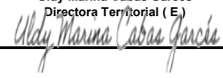
TITULO (Formación o experiencia adicional)	EQUIVALENCIA
indicar cuál es el requisito que se homologa (formación o experiencia)	POR: **Describir la forma y términos de su homologación**

Nota: Para el cómputo de la experiencia no se se tendrán en cuenta los periodos de ejecucion simultánea, traslapo, o doble tiempo de ejecución.
Ingrese a continuación, únicamente la experiencia adicional a la relacionada en el perfil mínimo, que resulte aplicable con la homologación solicitada.

Empleador/Contratante	Número de Contrato (incluir el numero de contrato/nombramiento)	Objeto (Describir cargo/ objeto del Contrato)	FECHA INICIO			FECHA FIN			TOTAL		
			Año	Mes	Día	Año	Mes	Día	Años	Meses	Días
									0	0	0
									0	0	0
									0	0	0
									0	0	0
									0	**0**	**0**
									0	**0**	**0**
	Total meses de experiencia para homologación	**0,0**									

NOTA: La información aquí relacionada debe estar registrada y con soporte documental en el **SIGEP**, lo cual deberá corresponder con los certificados académicos y laborales radicados para acreditar la idoneidad en el trámite contractual.

EL(LA) CANDIDATO (A) CUMPLE CON LOS REQUISITOS EXIGIDOS, de acuerdo a la verificación del perfil (cumplimiento de los requisitos de formación académica y experiencia) exigidos dentro de los estudios

previos, previa comprobación por parte del área solicitante de la veracidad de dichos documentos con los cuales soporta y certifica su IDONEIDAD.	**Uldy Marina Cabas Garcés** **Directora Territorial (E.)** 

Elaboró: Daniela Varela Barrera - contratista
Revisó: Uldy Marina Cabas Garces - Directora Territorial (E)
Aprobó: Uldy Marina Cabas Garces - Directora Territorial (E)

Verificado por la Dirección de Contratación o el profesional jurídico en la Dirección Territorial según corresponda, procedimiento que se entiende surtido con la publicación del contrato en la plataforma SECOP II por el usuario designado.

Certificado de Disponibilidad Presupuestal – Comprobante.

Usuario Solicitante:	MHlbechara	LUIS EDUARDO BECHARA POLANIA
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	05-03-00-16	REGIONAL ESAP VALLE DEL CAUCA
Fecha y Hora Sistema:	29/01/2026 12:00:00 a. 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:	8626	**Fecha Registro:**	2026-01-29	**Unidad / Subunidad ejecutora:**	05-03-00-16 REGIONAL ESAP VALLE DEL CAUCA						
Vigencia Presupuestal	Actual	**Estado:**	Generado		**Tipo:**	Gasto			**Uso Caja Menor**	Ninguno	
Valor Inicial:	7.040.000,00	**Valor Total Operaciones:**	0,00		**Valor Actual.:**	7.040.000,00	**Saldo x Comprometer:**	7.040.000,00	**Vr. Bloqueado**	0,00	

SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL				AUTORIZACION DE ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS					
Número:	8926	**Fecha Registro:**	2026-01-29	**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
0202DC DIRECCIÓN DE CAPACITACIÓN	C-0505-1000-4-20306D-0505023-02 ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE EDUCACIÓN INFORMAL A	Propios	21	CSF						
					Total:	7.040.000,00	0,00	7.040.000,00	7.040.000,00	0,00

Objeto:	Prestar servicios profesionales para llevar a cabo eventos de capacitación en las temáticas relacionadas con FORMULACIÓN DE PROYECTOS Y MGA, en el marco de la oferta formativa de la Dirección de Capacitación



Firma Responsable

LA DIRECTORA TERRITORIAL (E) DE LA ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA - E.S.A.P TERRITORIAL VALLE DEL CAUCA

CERTIFICA:

Que en cumplimiento de lo establecido en el artículo 2.8.4.4.5 del Decreto 1068 del 2015, en la Planta Global de Personal de la Escuela Superior de Administración Pública:

- No existe personal que pueda desarrollar el siguiente objeto: [ ]
- No existe personal suficiente para desarrollar el siguiente objeto: [X]
- El desarrollo de la actividad requiere un grado de especialización y un perfil que implica la necesidad de contratación del servicio con el siguiente objeto: [ ]

Objeto:

Prestar servicios profesionales para llevar a cabo eventos de capacitación en las temáticas relacionadas con FORMULACIÓN DE PROYECTOS Y MGA, en el marco de la oferta formativa de la Dirección de Capacitación, con el fin de fortalecer los conocimientos, competencias, habilidades y desempeño de los servidores públicos y de la ciudadanía en

Lo anterior, con fundamento en el estudio de cargas laborales que se adelantó en la Entidad, en el manual de procedimientos, en el manual específico de funciones y competencias laborales y en la copia del estudio previos elaborado por la dirección territorial de fecha 29 de enero de 2026.

Dada en Santiago de Cali, a los veintinueve (29) días del mes de enero de 2026.

Uldy Marina Cabas Garcés

ULDY MARINA CABAS GARCES
DIRECTORA TERRITORIAL (E)

Proyectó: Daniela Varela Barrera – Abogada Contratista

Revisó: Uldy Marina Cabas Garces – directora territorial Valle (E)

ANEXO No. 1
MATRIZ DE RIESGOS - CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION

No.	Clase	Fuente	Etapa	Tipo	Descripción	Consecuencia en caso de ocurrencia	Probabilidad	Impacto	Valoración del Riesgo	Impacto	Categoría	¿A quien 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
										Valoración del Riesgo				Probabilidad ad	Impacto	Valoración del riesgo	Categoría					
1	General	Externo	Planeación	Operacionales	Variaciones de las condiciones previstas respecto de la planeación efectuada	Demoras en el proceso de contratación Incumplimiento de metas y actividades a cargo de la Dependencia de la Necesidad.	4	4	5	20	MEDIO	ESAP	Estandarizar los procesos y procedimientos	2	2	4	BAJO	No	Dependencia de la Necesidad	Al inicio del proceso de contratación	Fecha de terminación del contrato estipulada en la página transaccional de Secop II	Permanente
2	General	Externo	Selección	Operacionales	No firma del contrato	Reprocesos e incumplimiento de cronogramas, metas y actividades a cargo de la Dependencia de la Necesidad	1	4	4	16	BAJO	ESAP	Estandarizar los procesos y procedimientos y agilizar los trámites dentro del proceso de contratación.	1	3	4	BAJO	Si	Dependencia de la Necesidad y Dirección de Contratación	Al inicio del proceso de contratación	Fecha de terminación del contrato estipulada en la página transaccional de Secop II	Permanente
3	Especifico	Externo	Ejecución	Operacionales	Inconvenientes de orden público que impidan la ejecución del contrato	Suspensiones o demoras que afecten el cronograma o el plazo del contrato y/o no ejecución del mismo.	1	5	9	45	ALTO	ESAP	Realizar planes de contingencia. Establecimiento de medidas para que la realización de las actividades contractuales no sea suspendida.	1	4	5	MEDIO	Si	Supervisor del Contrato	Al inicio del contrato o cuando se presente el riesgo	Fecha de terminación del contrato estipulada en la página transaccional de Secop II	Permanente
4	General	Interno	Ejecución	Operacionales	Incumplimientos por parte del Contratista	Demoras en el cumplimiento de las actividades asignadas o en la entrega de los productos debido a desconocimiento o falta de experticia del contratista	3	3	7	21	MEDIO	Contratista	Verificar el cumplimiento del contrato y pagar mes vencido, una vez recibidos los servicios a satisfacción. Establecer póliza de cumplimiento del servicio prestado.	3	2	5	BAJO	SI	Supervisor del Contrato	Inicio del Contrato	Fecha de terminación del contrato estipulada en la página transaccional de Secop II	Permanente
5	General	Interno	Ejecución	Operacionales	Mala calidad del servicio prestado por parte del Contratista	1. Afectación a la ejecución del contrato debido insuficiencia o deficiencia en el desarrollo de las actividades asignadas o la entrega de productos. 2. Afectación a la ejecución del contrato debido errores o fallas en las metodologías adoptadas por el contratista.	3	3	7	21	MEDIO	Contratista	Verificar la calidad de las actividades ejecutadas por el contratista o los productos entregados por este y pagar mes vencido, una vez recibidos los servicios a satisfacción. Establecer pólizas de cumplimiento del servicio prestado.	3	2	5	BAJO	SI	Supervisor del Contrato	Inicio del Contrato	Fecha de terminación del contrato estipulada en la página transaccional de Secop II	Permanente
6	General	Interno	Ejecución	Operacionales	Uso indebido de Información clasificada o reservada conforme a la ley.	Filtración de información relevante	4	2	8	16	BAJO	Contratista y ESAP	Observación y valoración del avance y cumplimiento del contrato. Imponer las sanciones que correspondan	3	2	5	BAJO	NO	Supervisor del Contrato	Inicio del Contrato	Fecha de terminación del contrato estipulada en la página transaccional de Secop II	Permanente
7	General	Externo	Ejecución	Operacionales	Enfermedad General, laboral, accidentes laborales que puedan generar incapacidad, discapacidad, muerte del contratista, entre otros	Posibles reclamaciones del contratista	3	1	4	20	MEDIO	Contratista y ESAP	Reducción de la probabilidad de ocurrencia del evento con actividades y programas de prevención en seguridad y salud en el trabajo El contratista debe cumplir con las recomendaciones médicas del Examen médico ocupacional aportado para la contratación.	3	2	5	BAJO	SI	Supervisor del Contrato y Contratista	Inicio del Contrato	Fecha de terminación del contrato estipulada en la página transaccional de Secop II	Permanente

Vigilada MinEducación

ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

25	01	2026

Señores

Escuela Superior de Administración Pública - ESAP

Ciudad Cali

Asunto: Manifestación Administradora de Riesgo Profesionales ARL.

Cordial saludo:

De manera atenta, en mi calidad de persona natural me permito manifestar lo siguiente:

[X] No me encuentro afiliado a ninguna ARL y acepto la afiliación a la ARL POSITIVA por parte de la ESAP. (Nuevos)

[ ] Me encuentro afiliado a la ARL, la cual corresponde a: POSITIVA, y deseo continuar con la misma; adicionalmente me comprometo a vincular el futuro contrato y hacer entrega de la certificación de afiliación. (Nuevos)

[ ] Me encuentro afiliado a la ARL, la cual corresponde a: POSITIVA, afiliación que realizó la ESAP y deseo continuar con la misma. (antiguos)

Agradezco la atención presentada.

Cordialmente,



Firma: _____

Nombre: JOSE ALBERO JARAMILLO MOLINA

Cédula: 71623292

Vigilada MinEducación

INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO	
CAMPO	**DESCRIPCION DEL CAMPO**
Día, Mes, Año	Indique la fecha en la cual está diligenciando la información.
Ciudad	Indique la ciudad donde reside
Primer recuadro	Marque con una X este recuadro si usted va a ingresar por primera vez a la ESAP y desea ser afiliado a la ARL POSITIVA.
Segundo recuadro	Marque con una X este recuadro si usted ya se encuentra afiliado a una ARL, diligencie el nombre a la cual pertenece en el espacio.
Tercer recuadro	Marque con una X este recuadro si usted es antiguo en la ESAP y desea continuar afiliado a la ARL POSITIVA.
Firma	Diligencie su firma digital y/o manuscrita.
Nombre	Indique su nombre completo
Cédula	Indique su número de cédula de ciudadanía

Escuela Superior de Administración Pública	FORMATO REGISTRO DE PROVEEDORES	CÓDIGO: GF-FO-001
		VERSIÓN: 1
		FECHA: 10-04-2024

Proceso: Gestión Financiera

DOCUMENTOS DE REFERENCIA: BS-FO-008

DATOS BÁSICOS DEL PROVEEDOR

FAVOR DILIGENCIAR COMPLETAMENTE CADA UNA DE LAS CASILLAS QUE SE INCLUYEN A CONTINUACIÓN. ESTA INFORMACIÓN ES INDISPENSABLE PARA INGRESAR DE MANERA EXACTA Y CONFIABLE LOS DATOS AL SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACIÓN FINANCIERA SIIF II.

NOMBRES: JOSE ALBERTO

APELLIDOS: JARAMILLO MOLINA **C.C.** 71623292

RAZÓN SOCIAL: JOSE ALBERTO JARAMILLO MOLINA

NIT: 71623292 **DV-** 6

DIRECCIÓN: CRA 60 # 2 A 115

CORREO ELECTRÓNICO: jjaramillo999@hotmail.com

TELÉFONO: 3137320251 **FAX:**

PERSONA NATURAL	**X**	**PERSONA JURÍDICA**	
GRAN CONTRIBUYENTE		**AUTORRETENEDOR**	
IVA REGIMEN COMÚN		**ENTIDAD SIN ÁNIMO DE LUCRO**	
IVA REGIMEN SIMPLIFICADO			

TIPO DE SERVICIO QUE PRESTA Prestación de servicios

ACTIVIDAD IICA-CODIGO CIIU 8544
(INDUSTRIA Y COMERCIO)

INFORMACIÓN BANCARIA DEL PROVEEDOR

No. CTA BANCARIA 251808569

CLASE DE CUENTA: **AHORROS** **X** **CORRIENTE**

BANCO/CORPORACIÓN AVVILLAS **SUCURSAL:** POPAYAN

ESTA INFORMACIÓN DEBE IR ACOMPAÑADA DE LA CERTIFICACIÓN EXPEDIDA POR EL BANCO EN DONDE EL PROVEEDOR POSEE LA CUENTA.

FIRMA DEL PROVEEDOR

Cali, *25/01/2026*

Señores
ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA
Ciudad

Yo, *JOSE ALBERTO JARAMILLO MOLINA identificado*(a) con cédula de ciudadanía/ extranjería No. _ *71623292*, manifiesto bajo la gravedad de juramento, que SI (__) NO (_X_) tengo suscrito(s) contrato(s) de prestación de servicios con otras entidades estatales, que relaciono a continuación:

Entidad del Estado Contratante	**No. Contrato**	**Tipo de contrato (**prestación de servicios, apoyo a la gestión o servicios artísticos**)**	**Fecha de Inicio**	**Fecha de Terminación**

La entidad se reserva la facultad de verificar la información reportada.

Atentamente,



Firma:

Nombre: JOSE ALBERTO JARAMILLO MOLINA

Escuela Superior de Administración Pública	**FORMATO DECLARACIÓN SOBRE AUSENCIA DE INHABILIDADES**
	DOCUMENTO DE REFERENCIA: PT-A-CT-07

Yo JOSE ALBERTO JARAMILLO MOLINA**,** identificada con cedula de ciudadanía No. 71623292, 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, a la Escuela Superior de Administración Pública, a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra 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 dicha vinculación autorizo a que la consulta se realice cada cuatro (4) meses a partir del inicio de esta y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, bajo la gravedad del juramento, manifiesto, que no me encuentro personal natural (X), persona Jurídica ( ), incurso en ninguna de las causales de inhabilidad o incompatibilidad previstas en el artículo 127 de la Constitución Política de Colombia, en los artículos 8º y 9º de la Ley 80 de 1993, 199 artículo 18 de la Ley 1150 de 2007, y artículo 2.2.1.1.2.2.5 del decreto 1082 del 2015 y en las demás normas que las aclaren, modifiquen o deroguen, así como en las demás normas concordantes y vigentes sobre la materia, como lo es el artículo 90 de la Ley 1474 de 2011. De igual forma manifiesto que no me encuentro o la(s) persona(s) por mi representada(s) no se encuentra(n) en el Boletín de Responsables Fiscales de la Contraloría General de la República.

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 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en www.esap.edu.co, manifestando que he sido informado de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Santiago de Cali el día 25 de enero de 2026.



Firma:
Teléfono: 3137320251
Correo electrónico: jjaramillo999@hotmail.com