IDCBIS Instituto Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación en Salud	INSTITUTO DISTRITAL DE CIENCIA, BIOTECNOLOGIA E INNOVACION EN SALUD GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	**CÓDIGO:** IDCBIS-GTH-FT-063 **Versión:** 04	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
	DEBIDA DILIGENCIA DE CONOCIMIENTO DE TRABAJADOR O CONTRATISTA Y DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y CONFLICTOS DE INTERÉS	**Vigente a partir de:** 09/02/2026	

1. INFORMACIÓN GENERAL

TIPO DE REGISTRO	ACTUALIZACIÓN DE DATOS	**FECHA DE DILGENCIAMIENTO**	28	5	2026		
DEPARTAMENTO	BOGOTÁ	**CIUDAD/MUNICIPIO**	BOGOTA D.C.			**TIPO DE VINCULACIÓN**	PRESTACIÓN DE SERVICIOS

2. DATOS PRINCIPALES

PRIMER APELLIDO	Mantilla	**SEGUNDO APELLIDO**	Caballero			**NOMBRES**	Fredy Alonso
N° IDENTIFICACIÓN	1098646661	**TIPO DE DOCUMENTO**	CÉDULA DE CIUDADANÍA			**¿OTRO, CUÁL?**	
FECHA DE NACIMIENTO	4	11	1987	**LUGAR DE NACIMIENTO DEPARTAMENTO**	SANTANDER	**CIUDAD/MUNICIPIO**	BUCARAMANGA
FECHA DE EXPEDICIÓN DOCUMENTO	20	12	2005	**PAIS**	Colombia		
LUGAR DE EXPEDICIÓN DOCUMENTO	Bucaramanga			**CIUDAD/MUNICIPIO**	Santander		
CELULAR	3116673967	**WHATSAPP**	3116673967			**CORREO ELECTRÓNICO**	

3. RELACIÓN DE PARIENTES EN PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD Y SOCIEDAD CONYUGAL

PRIMER APELLIDO	Mantilla	**SEGUNDO APELLIDO**	Mantilla	**NOMBRES**	Ana Luisa
N° IDENTIFICACIÓN	1097130587	**TIPO DE DOCUMENTO**	REGISTRO CIVIL	**PARENTESCO**	Hija
PRIMER APELLIDO	Caballero	**SEGUNDO APELLIDO**	Sandoval	**NOMBRES**	Lucia
N° IDENTIFICACIÓN	28149761	**TIPO DE DOCUMENTO**	CÉDULA DE CIUDADANÍA	**PARENTESCO**	Mamá
PRIMER APELLIDO	Mantilla	**SEGUNDO APELLIDO**	Caballero	**NOMBRES**	Laura Lucia
N° IDENTIFICACIÓN	28152972	**TIPO DE DOCUMENTO**	CÉDULA DE CIUDADANÍA	**PARENTESCO**	Hermana
PRIMER APELLIDO	Mantilla	**SEGUNDO APELLIDO**	Caballero	**NOMBRES**	Monica Viviana
N° IDENTIFICACIÓN	1098604253	**TIPO DE DOCUMENTO**	CÉDULA DE CIUDADANÍA	**PARENTESCO**	Hermana
PRIMER APELLIDO		**SEGUNDO APELLIDO**		**NOMBRES**	
N° IDENTIFICACIÓN		**TIPO DE DOCUMENTO**		**PARENTESCO**	

En la actualidad tengo una sociedad conyugal: NO

PRIMER APELLIDO		**SEGUNDO APELLIDO**		**NOMBRES**	
N° IDENTIFICACIÓN		**TIPO DE DOCUMENTO**			

4. RELACIÓN DE PARIENTES HASTA CUARTO GRADO DE CONSANGUINIDAD, SEGUNDO GRADO DE AFINIDAD Y PRIMERO CIVIL

A continuación, se solicitará información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que sea susceptible de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeña

PRIMER APELLIDO		**SEGUNDO APELLIDO**		**NOMBRES**	
N° IDENTIFICACIÓN		**TIPO DE DOCUMENTO**		**PARENTESCO**	
PRIMER APELLIDO		**SEGUNDO APELLIDO**		**NOMBRES**	
N° IDENTIFICACIÓN		**TIPO DE DOCUMENTO**		**PARENTESCO**	
PRIMER APELLIDO		**SEGUNDO APELLIDO**		**NOMBRES**	
N° IDENTIFICACIÓN		**TIPO DE DOCUMENTO**		**PARENTESCO**	
PRIMER APELLIDO		**SEGUNDO APELLIDO**		**NOMBRES**	
N° IDENTIFICACIÓN		**TIPO DE DOCUMENTO**		**PARENTESCO**	
PRIMER APELLIDO		**SEGUNDO APELLIDO**		**NOMBRES**	

N° IDENTIFICACIÓN		TIPO DE DOCUMENTO		PARENTESCO	

5. DECLARACIÓN DE POTENCIAL CONFLICTO DE INTERESES

Declaro que a la fecha **Si tengo** [ ] **No tengo** [X]

Situación(es) que pueda(n) presentar un potencial CONFLICTO DE INTERÉS para el ejercicio del cargo o la actividad, contractual que desempeñare en el IDCBIS de conformidad con lo dispuesto en el Manual de "Declaración y registro de conflicto de interés"

Relacione otros intereses personales que podrían constituir una posible situación de conflicto de intereses, por ejemplo:
- Actividades que desempeño, negocios, establecimientos que poseo etc.
- Actividades o negocios de mi cónyuge o compañero(a) permanente y parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil.
- Actividades o negocios de mi socio de derecho o hecho

DESCRIPCIÓN DEL POTENCIAL CONFLICTO DE INTERESES	

6. RELACIÓN DE INGRESOS POR BIENES O RENTAS, DE ACREENCIAS U OBIGACIONES Y DE BIENES PATRIMONIALES

DECLARO	Declaro, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 122, inciso 3°, de la Constitución Política de Colombia y en los artículos 13 y 14 de la Ley 190 de 1995, para: **Firmar contrato** [ ] **Para Retirarme** [ ] **Para actualizar datos** [X] Que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o por interpuesta persona, son los que realciono a continuación:

Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ -	EGRESOS MENSUALES	$ 2.500.000	EXPLIQUE OTROS INGRESOS Y RENTAS	
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	$ -	PASIVOS	$ 4.000.000		
GASTOS DE REPRESNTACIÓN	$ -	OTRAS ACREENCIAS	$ -		
ARRIENDOS	$ -	OTRAS ACREENCIAS	$ -		
HONORARIOS	$ 7.000.000	OTRAS ACREENCIAS	$ -		
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ -	OTRAS ACREENCIAS	$ -		
TOTAL INGRESOS	$ 7.000.000	TOTAL ACREENCIAS	$ 6.500.000		

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN		IDENTIFICACIÓN DEL BIEN		VALOR	$ -
TIPO DE BIEN		IDENTIFICACIÓN DEL BIEN		VALOR	$ -
TIPO DE BIEN		IDENTIFICACIÓN DEL BIEN		VALOR	$ -
TIPO DE BIEN		IDENTIFICACIÓN DEL BIEN		VALOR	$ -

6. DECLARACIÓN DE PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

Declaro que en la actualidad participo en las siguientes entidades, juntas, consejos directivos, corporaciones o sociedades

NOMBRE DE ENTIDAD O INSTITUCIÓN	EN CALIDAD DE

7. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma acasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	EN CALIDAD DE
Asesoría independiente en asuntos Regulatorios de Dispositivos Médicos	ASESOR

8. INFORMACIÓN BANCARIA

Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

BANCO	SUCURSAL	N° DE CUENTA	TIPO DE CUENTA	CIUDAD/MUNICIPIO
Bancolombia	Primavera Bancolombia	91230629299	AHORRRO	Villavicencio/Meta

¿REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA?	ESPECIFIQUE
NO	

¿POSEE PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTRANJERO?	ESPECIFIQUE
No	

¿REALIZA ALGUNA ACTIVIDAD QUE GENERE INGRESOS ADICONALES?	ESPECIFIQUE
Si	Asesoría independiente en asuntos Regulatorios de Dispositivos Médicos

OBSERVACIONES

9. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE INGRESOS

Yo, ___Fredy Alonso Mantilla Caballero_____, identificado con el documento de identidad No. __1098646661_____, expedido en _Bucaramanga_____, obrando de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración del origen de los fondos y bienes que poseo, al Instituto Distrital de Ciencia y Biotecnología e innovación en Salud IDCBIS., con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado en el artículo 12 del Capítulo III de la Ley 2195 de 2022 de la Función Pública; la Circular 058 de 2022 de la Secretaría Juridica del Distrito de Bogotá, Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015 y demás normas que modifiquen, amplíen o deroguen, y otras exigencias de ley; así: 1. Que mi actividad, profesión u oficio es lícito y lo ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano Arts. 323 y 345. 2. Que los recursos que se deriven durante del desarrollo del vínculo jurídico que suscriba con Instituto Distrital de Ciencia y Biotecnología e innovación en Salud IDCBIS., no se destinarán a la financiación del terrorismo, financiación de grupos armados para el desarrollo de actividades terroristas. 3. Que autorizo a Instituto Distrital de Ciencia y Biotecnología e innovación en Salud IDCBIS., a cancelar todo vínculo jurídico, en caso de infracción de cualquiera de los compromisos y obligaciones contenidos en este documento o porque aparezca mi nombre o identificación en las listas vinculantes o restrictivas que se consulten. 4. Que por lo tanto eximo al Instituto Distrital de Ciencia y Biotecnología e innovación en Salud IDCBIS, de toda responsabilidad que se derive por la información errónea, falsa o inexacta que hubiere proporcionado en este documento o en cualquier documento que la modifique, adicione o complemente.

8. AUTORIZACIÓN DE CONSULTA EN BASES DE DATOS Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

1.Autorizo al Instituto Distrital de Ciencia y Biotecnología e innovación en Salud IDCBIS. para tomar las medidas correspondientes, en caso de detectar cualquier inconsistencia en la información consignada en este formulario, eximiendo a Instituto Distrital de Ciencia y Biotecnología e innovación en Salud IDCBIS, de toda responsabilidad que se derive de ello. Autorizo de manera permanente e irrevocable al Instituto Distrital de Ciencia y Biotecnología e innovación en Salud IDCBIS., a quien represente sus derechos para que con fines estadísticos, de control, supervisión y de información comercial a otras entidades, procese, reporte, conserve, consulte, suministre o actualice cualquier información de carácter financiero y comercial desde el momento de mi vinculación laboral o contractual, a las centrales de información o bases de datos debidamente constituidas que estime conveniente, en los términos y durante el tiempo que los sistemas de bases de datos, las normas y autoridades establezcan. La consecuencia de esta autorización será la inclusión de mis datos en las mencionadas bases de datos y por tanto las entidades del sector financiero o de cualquier otra conocerán mi comportamiento presente y pasado relacionado con mis obligaciones financieras o cualquier otro dato personal o económico que estime pertinente.

2.De conformidad con lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 de 2012, los datos personales obtenidos o que se obtengan por parte del Titular de la Información, a través de los vínculos contractuales o laborales celebrados entre el **Instituto Distrital de Ciencia y Biotecnología e innovación en Salud IDCBIS**., y el Titular de la Información, serán compilados, almacenados, consultados, usados, compartidos, intercambiados, transmitidos, transferidos y objeto de tratamiento en bases de datos, las cuales estarán destinadas a las siguientes finalidades:
a. Mantener una eficiente comunicación entre **Instituto Distrital de Ciencia y Biotecnología e innovación en Salud IDCBIS**, y el colaborador Titular de la Información.
b. Dar cumplimiento de las obligaciones contraídas por **Instituto Distrital de Ciencia y Biotecnología e innovación en Salud IDCBIS**, con los colaboradores Titulares de la Información, con relación a pago de salarios, prestaciones sociales y demás obligaciones consagradas en el contrato de trabajo.
c. Informar las modificaciones que se presenten en desarrollo del contrato al Titular de la Información.
d. Evaluar el desempeño y/o la calidad de los servicios ofrecidos por el Titular de la Información.
e. Realizar estudios internos sobre los hábitos del Titular de la Información para programas de bienestar corporativo.
f. Ejecución de los planes y programas del área de gestión humana de **Instituto Distrital de Ciencia y Biotecnología e innovación en Salud IDCBIS**
g. Cumplir con lo dispuesto en el sistema de seguridad y salud en el trabajo.
h. Realizar los descuentos de nómina autorizados por el Titular de la Información.
i. Para el cumplimiento de las obligaciones legales que involucren datos personales del Titular y que impliquen la transferencia o transmisión de datos a autoridades administrativas públicas y/o privadas que cuenten con la facultad legal para solicitarlos.

De conformidad con lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 de 2012, los datos personales que obtenga **Instituto Distrital de Ciencia y Biotecnología e innovación en Salud IDCBIS**., por parte del Empleado Titular de la Información o representante legal en el caso de información de hijos(as) de empleados menores de edad, serán recogidos y almacenados y objeto de tratamiento en bases de datos hasta la terminación del vínculo contractual entre el Empleado/Contratista Titular de la Información y **Instituto Distrital de Ciencia y Biotecnología e innovación en Salud IDCBIS**, y se mantendrán vigentes mientras ello resulte necesario para las finalidades establecidas. Esta base de datos cuenta con las medidas de seguridad necesarias para la conservación adecuada de los datos personales.

9. ESPACIO EXCLUSIVO PARA EL INSTITUTO

¿SE VERIFICÓ EN LISTAS VINCULANTES/RESTRICTIVAS?	SI	**FECHA DE CONSULTA**	29	5	2026
¿SE VERIFICÓ INFORMACIÓN DE LA HOJA DE VIDA DILIGENCIADA EN ESTE FORMATO?	SI	**FECHA DE CONSULTA**	29	5	2026

OBSERVACIONES	No se encuentran coincidencias en la búsqueda, puede continuar con el proceso

La presente información es consistente con la documentación presentada y con la verificación de datos realizada.		**ID CONSULTA**	CC 1098646661		
NOMBRE DE QUIEN REALIZÓ LA VERIFICACIÓN	Natalia Acevedo	**FECHA DE CONSULTA**	29	5	2026

10. FIRMA



CC 1098646661

Firma y cédula de trabajador o contratista