	DECLARACION DE INHABILIDADES, INCOMPATIBILIDADES Y PROHIBICIONES	Código:	FOR- 0046-012
		Versión:	01

Ivan Dario Morales Tobar, mayor de edad y domiciliado(a) en la Ciudad del municipio de Santa Rosa de Cabal, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 1085923310 de Ipiales, manifiesto, que no me encuentro incurso (a), en causales de inhabilidad, incompatibilidad o prohibiciones establecidas por la Constitución o la Ley, para suscribir contratos con el Hospital San Vicente de Paul de Santa Rosa de Cabal, entre otros declaro:

1. Que SI____NO__X__ he sido condenado en cualquier tiempo, por la comisión de delitos que afecten el patrimonio del Estado, ni relacionados con la pertenencia, promoción o financiación de grupos armados ilegales, de lesa humanidad o de narcotráfico en Colombia o en el exterior (Art. 122 C.P.).

2. Que como servidor público SI___ NO__X__ he dado lugar con una conducta dolosa o gravemente culposa, calificada así por sentencia ejecutoriada, a que el Estado sea condenado a una reparación patrimonial. En caso positivo, SI NO asumí con mi patrimonio el daño (Art. 122 C.P.)

3. Que SI___ NO__X__ he sido sancionado disciplinariamente con destitución (Ley 80 de 1.993 art. 8°, literal d).

4. Que SI___ NO__X__ en sentencia judicial he sido condenado a la interdicción de derechos y funciones públicas (Ley 80 de 1.993 art. 8°, literal d).

5. Que SI___ NO__X__ he sido declarado responsable judicialmente por soborno transnacional. En caso positivo, ¿Cuál? _____ (Art. 8, Núm. 1°, lit. j), ley 80 de 1.993, modificado ley 1474 de 2.011 art. 1).

6. ¿En algún momento le han declarado la caducidad de un contrato?
   SI___ NO__X__ ¿Cuál? _____ (Art. 8°, Núm. 1°, lit. c), ley 80 de 1.993.

7. ¿Se ha abstenido de suscribir contrato estatal adjudicado, sin existir justa causa?
   SI___ NO__X__ (Art. 8°, Núm. 1°, lit. e), ley 80 de 1.993).

8. ¿Es usted servidor público?
   SI___ NO__X__ (Art. 8°, Núm. 1°, lit. 9, ley 80 de 1.993).

9. ¿Es usted integrante de una Junta Administradora Local de Santa Rosa de Cabal?
   SI___ NO__X__ (Art. 8°, Núm. 1°, lit. f), ley 80 de 1.993).

10. ¿Su cónyuge o compañero (a) permanente, padre, madre, algún hijo(a), hermano(a), abuelo(a), nieto (a), cuñado (a), ha presentado propuesta para una licitación, Concurso de Méritos, Selección Abreviada o Mínima Cuantía? SI___ NO__X__ (Art. 8°, Núm. 1°, lit. g), ley 80 de 1.993).

11. ¿Pertenece o perteneció a sociedad a la que se haya declarado la caducidad en un contrato?
    SI___ NO__X__ ¿Cuál? _____ (Art. 8°, Núm. 1°, lit. i), ley 80 de 1.993)

12. ¿Ha financiado en los últimos cuatro años, campañas políticas a la presidencia de la república, a la gobernación o a la alcaldía o alguno de sus parientes como: padre, madre, hijo (a), hermano (a), abuelo(a), nieto (a), cuñado (a), hijo(a) adoptivo, ¿padre o madre adoptante? SI___ NO__X__ ¿Quién? _____ ¿Cuál fue el monto del aporte? _____ (NO APLICA PARA CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES) (Art. 8°, Núm. 1°, lit. k), ley 80 de 1.993 adicionado por Art. 2. Ley 1474 de 2.011).

13. ¿Ha sido miembro de la junta directiva de la E.S.E Hospital San Vicente de Paul, Concejo Municipal de Santa Rosa de Cabal o servidor público?

	ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN	Código:	FOR-0046-043
		Versión:	01

DATOS PERSONALES	
NOMBRE O RAZON SOCIAL	Hospital San Vicente de Paul
DOCUMENTO DE IDENTIDAD O NIT	891.480.036-6
REPRESENTANTE LEGAL	Ivan Dario Morales Tobar
CEDULA DE CIUDADANIA	1085923310
APODERADO	Ivan Dario Morales Tobar
CEDULA DE CIUDADANIA	1085923310

Manifiesto que es mi voluntad suscribir el presente **ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACION** de que trata la Ley 1581 de 2012, Ley 1712 de 2014, el Decreto 780 de 2016 y demás disposiciones que la modifiquen, adicionen o reglamenten; para lo cual la Empresa Social del Estado Hospital San Vicente de Paul del Municipio de Santa Rosa de Cabal del Departamento de Risaralda me ha informado las directrices que a continuación se relacionan, comprometiéndome desde la suscripción del presente acuerdo a hacer buen uso del tratamiento de los datos personales y de los demás activos de información institucional que llegaré a conocer en desarrollo de mis funciones o actividades:

- Que los datos personales de la **E.S.E HOSPITAL**; así como los datos personales de terceros que en desarrollo del objeto social de la Entidad recolecta, almacena y administra, son propiedad del titular de los derechos (servidores públicos, usuarios, clientes, proveedores, entre otros) y debo proteger su privacidad y confidencialidad.
- Que el tratamiento de los datos personales de terceros es responsabilidad de la **E.S.E HOSPITAL** como Entidad responsable del tratamiento en asocio con el suscrito en mi calidad de Servidor Público: __x__ Contratista: ____ Trabajador en Misión: ____ Otro: ____ Cuál: _____.
- Que el tratamiento de los datos personales de la **E.S.E HOSPITAL** y de terceros obedecen a la finalidad para la cual fueron suministrados por el Titular y no puedo utilizarlos para propósitos diferentes, razón por la cual debo evitar su adulteración, pérdida, consulta, uso o acceso no autorizado o fraudulento.
- Que los datos personales, salvo la información pública, no puede disponerla en Internet u otros medios de divulgación o comunicación masiva, salvo que el acceso sea técnicamente controlable para brindar un conocimiento restringido sólo a los titulares o terceros autorizados conforme a las disposiciones vigentes.
- Que como persona que intervengo en el tratamiento de datos personales estoy obligado(a) a obtener consentimiento o autorización previa y expresa del Titular, informando de manera clara y expresa al Titular: i) el Tratamiento al cual serán sometidos sus datos personales y la finalidad del mismo; b) El carácter

facultativo de la respuesta a las preguntas que le sean realizadas, cuando estas versen sobre datos sensibles o sobre los datos de las niñas, niños y adolescentes; c) Los derechos que le asisten como Titular; d) La identificación, dirección física o electrónica y teléfono del responsable del tratamiento.

- Que, en caso de recolectar información sensible, conozco que es derecho del Titular contestar o no las preguntas que le formule y entregar o no los datos solicitados, precisando que son datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del titular o cuyo uso indebido puede generar discriminación como orientación política, convicciones religiosas o filosóficas, datos relativos a la salud, a la vida sexual y los datos biométricos.
- Que en el tratamiento de datos debo asegurar el respeto a los derechos prevalentes de los niños, niñas y adolescentes, en los términos de la normativa vigente.
- Que como persona que intervengo en el tratamiento de datos personales que no tienen la naturaleza de públicos estoy obligado(a) a garantizar la reserva de la información, inclusive después de finalizada la relación con alguna de las labores que comprende el tratamiento y sólo puedo realizar suministro o comunicación de datos personales cuando ello corresponda al desarrollo de las actividades autorizadas.
- Que me comprometo a conocer la política de seguridad y privacidad de la información y en consecuencia protegeré toda la información creada, generada, procesada, transmitida o resguardada en los diferentes procesos de la Entidad, su infraestructura física y/o tecnológica o como resultado de un servicio interno en outsourcing
- Que no tengo la facultad de hacer declaraciones, representaciones o adquirir compromisos en nombre de la **E.S.E HOSPITAL**, ni de tomar decisiones o iniciar acciones que generen obligaciones a su cargo.
- Que la **E.S.E HOSPITAL** iniciará las acciones legales ante el incumplimiento al presente acuerdo o a cualquier violación a la seguridad y privacidad de la información de propiedad de la ESE HOSPITAL o de terceros que se encuentre protegida por la Ley y que no se trata de información pública, a excepción de la información solicitada por las autoridades legales

Para constancia se firma el día 18 del mes de 06 del año 2026

FIRMA: Iran Mayos

C.C.



HUELLA