CERTIFICACIÓN DE COMPROMISO PROTECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Yo _____, identificado con la cédula No. de _____ obrando en representación legal de _____, c on NIT. _____ me permito manifestar a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META, ESE SOLUCIÓN SALUD - que:

Comprendo y acepto que los manuales de procedimientos, bases de datos, documentación y en general toda la información a la que tenga acceso en el marco de las actividades a desempeñar como CONTRATISTA, son de propiedad de la ESE SOLUCIÓN SALUD, por lo tanto, me comprometo y garantizo que, ni directa, ni indirectamente se utilizará para fines distintos al objeto contractual suscrito con la entidad.

También me comprometo a no utilizar comercialmente los datos a los cuales tenga acceso, ni compartirlos o enajenarlos sin autorización, ni prestar con ellos servicios a terceros.

De igual manera declaro conocer la política de manejo de datos de ESE SOLUCIÓN SALUD para el cumplimiento de la ley 1581 de 2012 sobre la protección de datos personales manejados por la ESE SOLUCIÓN SALUD, que se encuentra publicado en la página web www.esemeta.gov.co , quedando obligado a respetarlo y aplicarlo en el manejo de la información que reciba o a la que tenga acceso.

Se expide a los _____ días del mes de _____ del año _____.

_____

Representante Legal

CERTIFICACIÓN DE COMPROMISO PROTECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Yo _____, identificado con la cédula No. de _____ obrando en representación legal de _____, c on NIT. _____ me permito manifestar a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META, ESE SOLUCIÓN SALUD - que:

Comprendo y acepto que los manuales de procedimientos, bases de datos, documentación y en general toda la información a la que tenga acceso en el marco de las actividades a desempeñar como CONTRATISTA, son de propiedad de la ESE SOLUCIÓN SALUD, por lo tanto, me comprometo y garantizo que, ni directa, ni indirectamente se utilizará para fines distintos al objeto contractual suscrito con la entidad.

También me comprometo a no utilizar comercialmente los datos a los cuales tenga acceso, ni compartirlos o enajenarlos sin autorización, ni prestar con ellos servicios a terceros.

De igual manera declaro conocer la política de manejo de datos de ESE SOLUCIÓN SALUD para el cumplimiento de la ley 1581 de 2012 sobre la protección de datos personales manejados por la ESE SOLUCIÓN SALUD, que se encuentra publicado en la página web www.esemeta.gov.co , quedando obligado a respetarlo y aplicarlo en el manejo de la información que reciba o a la que tenga acceso.

Se expide a los _____ días del mes de _____ del año _____.

_____

Representante Legal

DECLARACIÓN SARLAF

En cumplimiento del Manual de Prevención de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo adoptado por LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META ESE SOLUCIÓN SALUD.

Yo, _____ identificado con _____ No. _____ obrando en _____ (nombre propio o en representación de) de _____ (nombre del representado) identificado con (CC/NIT) _____, declaro bajo la gravedad del juramento, sujeto a las sanciones establecidas en el Código Penal:

- Que mis recursos (o los recursos de la persona natural o jurídica que represento) provienen de actividades lícitas y están ligados al desarrollo normal de mis/sus actividades, y que, por lo tanto, los mismos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo sustituya, adicione o modifique.
- Que yo (o la persona natural o jurídica que represento) no he/ha efectuado transacciones u operaciones consistentes en o destinadas a la ejecución de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo sustituya, adicione, o modifique, o a favor de personas que ejecuten o estén relacionadas con la ejecución de dichas actividades.
- Que los recursos comprometidos para la ejecución del contrato o negocio jurídico acordado con la ESE SOLUCIÓN SALUD. no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal colombiano o en cualquier norma que lo modifique, adicione o sustituya.
- Que en la ejecución del contrato o el desarrollo de las actividades en que consista el negocio jurídico con la ESE SOLUCIÓN SALUD no contrataré ni tendré vínculos de ningún tipo con terceros que realicen operaciones o cuyos recursos provengan de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo sustituya, adicione, o modifique.
- Que la entidad que represento cumple con las normas sobre prevención y control al lavado de activos y financiación del terrorismo (LA/FT) que le resulten aplicables (de ser el caso), teniendo implementados las políticas, procedimientos y mecanismos de prevención y control al LA/FT que se derivan de dichas disposiciones legales
- Que ni yo, ni la entidad que represento, ni sus accionistas, asociados o socios que directa o indirectamente tengan el CINCO POR CIENTO (5%) o más del capital social, aporte o participación, sus representantes legales y miembros de la Junta Directiva, se encuentran en las listas internacionales vinculantes para Colombia de conformidad con el derecho internacional (listas de las Naciones Unidas) o en las listas de la OFAC, estando la ESE SOLUCIÓN SALUD facultada para efectuar las verificaciones que considere pertinentes y para dar por terminada cualquier relación comercial o jurídica si verifica que me encuentro o que alguna de las personas mencionadas figura en dichas listas.
- Que no existe contra mí o contra la entidad que represento ni sus accionistas, asociados o socios que directa o indirectamente tengan el CINCO POR CIENTO (5%) o más del capital social, aporte o participación, sus representantes legales y sus miembros de la Junta Directiva, investigaciones o procesos penales por delitos dolosos, estando la ESE SOLUCIÓN SALUD facultado para efectuar las verificaciones que considere pertinentes en bases de datos o informaciones públicas nacionales o internacionales y para dar por terminada cualquier relación comercial o jurídica si verifica que yo o alguna de las personas mencionadas tienen investigaciones o procesos, o existen informaciones en

dichas bases de datos públicas que puedan colocar a la ESE SOLUCIÓN SALUD frente a un riesgo legal o de reputación.

- Que, en el evento en que tenga conocimiento de alguna de las circunstancias descritas en los dos párrafos anteriores, me comprometo a comunicarlo de inmediato a la ESE SOLUCIÓN SALUD
- Que, con la firma del presente documento, se entiende que tanto yo como la persona natural o jurídica que represento, otorgamos nuestro consentimiento informado, y por lo tanto autorizamos a la ESE SOLUCIÓN SALUD a comunicar a las autoridades nacionales o de cualquiera de los países en los cuales la ESE SOLUCIÓN SALUD realice operaciones, sobre alguna cualquiera de las situaciones en este documento descritas, así como a suministrar a las autoridades competentes de dichos países, toda la información personal, pública, privada o semiprivada que sobre mí o sobre la persona natural o jurídica que represento, ellas requieran. Así mismo, para que la ESE SOLUCIÓN SALUD efectúe los reportes a las autoridades competentes, que considere procedentes de conformidad con sus reglamentos y manuales relacionados con su sistema de prevención y/o administración del riesgo de lavado de activos y financiamiento del terrorismo, exonerándola de toda responsabilidad por tal hecho.
- Que toda la documentación e información aportada para la celebración y ejecución del contrato o negocio jurídico con la ESE SOLUCIÓN SALUD es veraz y exacta, estando ESE SOLUCIÓN SALUD facultada para efectuar las verificaciones que considere pertinentes y para dar por terminado el contrato o negocio jurídico, si verifica, o tiene conocimiento de que ello no es así.
- Que ninguna otra persona natural o jurídica, tiene interés no legítimo en el contrato o negocio jurídico que motiva la suscripción de la presente declaración.
- Qué conozco, declaro y acepto que la ESE SOLUCIÓN SALUD está en la obligación legal de solicitar las aclaraciones que estime pertinentes en el evento en que se presenten circunstancias con base en las cuales la ESE SOLUCIÓN SALUD pueda tener dudas razonables sobre mis operaciones o las operaciones de la persona natural o jurídica que represento, así como del origen de nuestros activos, evento en el cual suministraremos las aclaraciones que sean del caso. Si estas no son satisfactorias, a juicio de la ESE SOLUCIÓN SALUD, la autorizamos para dar por terminada cualquier relación comercial o jurídica.
- Declaro que la totalidad de pagos que realiza la sociedad que represento en ejecución de la relación comercial vigente con la ESE SOLUCIÓN SALUD, se efectúa de forma directa y con recursos propios y no a través de terceros, ni con recursos de terceros. Solo aplica para el registro de clientes.

Se expide a los _____ días del mes _____de del año _____.

FIRMA_____

NOMBRE_____

C.C. _____

DECLARACIÓN SARLAF

En cumplimiento del Manual de Prevención de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo adoptado por LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META ESE SOLUCIÓN SALUD.

Yo, «F2» identificado con cédula de ciudadanía No. «F3» obrando en nombre propio, declaro bajo la gravedad del juramento, sujeto a las sanciones establecidas en el Código Penal:

- Que mis recursos (o los recursos de la persona natural o jurídica que represento) provienen de actividades lícitas y están ligados al desarrollo normal de mis/sus actividades, y que, por lo tanto, los mismos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo sustituya, adicione o modifique.
- Que yo (o la persona natural o jurídica que represento) no he/ha efectuado transacciones u operaciones consistentes en o destinadas a la ejecución de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo sustituya, adicione, o modifique, o a favor de personas que ejecuten o estén relacionadas con la ejecución de dichas actividades.
- Que los recursos comprometidos para la ejecución del contrato o negocio jurídico acordado con la ESE SOLUCIÓN SALUD. no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal colombiano o en cualquier norma que lo modifique, adicione o sustituya.
- Que en la ejecución del contrato o el desarrollo de las actividades en que consista el negocio jurídico con la ESE SOLUCIÓN SALUD no contrataré ni tendré vínculos de ningún tipo con terceros que realicen operaciones o cuyos recursos provengan de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo sustituya, adicione, o modifique.
- Que la entidad que represento cumple con las normas sobre prevención y control al lavado de activos y financiación del terrorismo (LA/FT) que le resulten aplicables (de ser el caso), teniendo implementados las políticas, procedimientos y mecanismos de prevención y control al LA/FT que se derivan de dichas disposiciones legales
- Que ni yo, ni la entidad que represento, ni sus accionistas, asociados o socios que directa o indirectamente tengan el CINCO POR CIENTO (5%) o más del capital social, aporte o participación, sus representantes legales y miembros de la Junta Directiva, se encuentran en las listas internacionales vinculantes para Colombia de conformidad con el derecho internacional (listas de las Naciones Unidas) o en las listas de la OFAC, estando la ESE SOLUCIÓN SALUD facultada para efectuar las verificaciones que considere pertinentes y para dar por terminada cualquier relación comercial o jurídica si verifica que me encuentro o que alguna de las personas mencionadas figura en dichas listas.
- Que no existe contra mí o contra la entidad que represento ni sus accionistas, asociados o socios que directa o indirectamente tengan el CINCO POR CIENTO (5%) o más del capital social, aporte o participación, sus representantes legales y sus miembros de la Junta Directiva, investigaciones o procesos penales por delitos dolosos, estando la ESE SOLUCIÓN SALUD facultado para efectuar las verificaciones que considere pertinentes en bases de datos o informaciones públicas nacionales o internacionales y para dar por terminada cualquier relación comercial o jurídica si verifica que yo o alguna de las personas mencionadas tienen investigaciones o procesos, o existen informaciones en

dichas bases de datos públicas que puedan colocar a la ESE SOLUCIÓN SALUD frente a un riesgo legal o de reputación.

- Que, en el evento en que tenga conocimiento de alguna de las circunstancias descritas en los dos párrafos anteriores, me comprometo a comunicarlo de inmediato a la ESE SOLUCIÓN SALUD
- Que, con la firma del presente documento, se entiende que tanto yo como la persona natural o jurídica que represento, otorgamos nuestro consentimiento informado, y por lo tanto autorizamos a la ESE SOLUCIÓN SALUD a comunicar a las autoridades nacionales o de cualquiera de los países en los cuales la ESE SOLUCIÓN SALUD realice operaciones, sobre alguna cualquiera de las situaciones en este documento descritas, así como a suministrar a las autoridades competentes de dichos países, toda la información personal, pública, privada o semiprivada que sobre mí o sobre la persona natural o jurídica que represento, ellas requieran. Así mismo, para que la ESE SOLUCIÓN SALUD efectúe los reportes a las autoridades competentes, que considere procedentes de conformidad con sus reglamentos y manuales relacionados con su sistema de prevención y/o administración del riesgo de lavado de activos y financiamiento del terrorismo, exonerándola de toda responsabilidad por tal hecho.
- Que toda la documentación e información aportada para la celebración y ejecución del contrato o negocio jurídico con la ESE SOLUCIÓN SALUD es veraz y exacta, estando ESE SOLUCIÓN SALUD facultada para efectuar las verificaciones que considere pertinentes y para dar por terminado el contrato o negocio jurídico, si verifica, o tiene conocimiento de que ello no es así.
- Que ninguna otra persona natural o jurídica, tiene interés no legítimo en el contrato o negocio jurídico que motiva la suscripción de la presente declaración.
- Qué conozco, declaro y acepto que la ESE SOLUCIÓN SALUD está en la obligación legal de solicitar las aclaraciones que estime pertinentes en el evento en que se presenten circunstancias con base en las cuales la ESE SOLUCIÓN SALUD pueda tener dudas razonables sobre mis operaciones o las operaciones de la persona natural o jurídica que represento, así como del origen de nuestros activos, evento en el cual suministraremos las aclaraciones que sean del caso. Si estas no son satisfactorias, a juicio de la ESE SOLUCIÓN SALUD, la autorizamos para dar por terminada cualquier relación comercial o jurídica.
- Declaro que la totalidad de pagos que realiza la sociedad que represento en ejecución de la relación comercial vigente con la ESE SOLUCIÓN SALUD, se efectúa de forma directa y con recursos propios y no a través de terceros, ni con recursos de terceros. Solo aplica para el registro de clientes.

Se expide a los _____ días del mes _____de del año _____.

FIRMA_____

NOMBRE«F2»

C.C. «F3»

COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

Villavicencio, _____

Señores
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E. SOLUCION SALUD
Ciudad.

Asunto: **Proceso de Contratación**

_____, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en mi propio nombre manifiesto que:

1. Apoyamos la acción del Estado colombiano y de la ESE SOLUCION SALUD para fortalecer la transparencia y la rendición de cuentas de la administración pública.
2. No estamos en causal de inhabilidad o incompatibilidad alguna para celebrar el contrato.
3. Nos comprometemos a no ofrecer y no dar dádivas, sobornos o cualquier forma de halago, retribuciones o prebenda a servidores públicos o asesores de la ESE SOLUCION SALUD, directamente o a través de sus empleados, contratistas o tercero.
4. Nos comprometemos a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o efecto la colusión en proceso contractual indicado en la referencia.
5. Nos comprometemos a revelar la información que sobre este proceso de contratación nos soliciten los organismos de control de la República de Colombia.
6. Nos comprometemos a comunicar a nuestros empleados y asesores el contenido del presente Compromiso Anticorrupción, explicar su importancia y las consecuencias de su incumplimiento por nuestra parte, y la de nuestros empleados o asesores.
7. Conocemos las consecuencias derivadas del incumplimiento del presente compromiso anticorrupción.

_____

CERTIFICADO NO INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

Villavicencio, _____

Doctor
MARIA DEL CARMEN RODRIGUEZ ORTIZ
GERENTE
E.S.E. SOLUCION SALUD
Ciudad.

ASUNTO: *DECLARACIÓN DE NO INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES.*

Por medio de la presente certifico que la suscrita no se halla incurso en las causales de inhabilidad e incompatibilidad establecidas en la Ley 80 de 1993, en el decreto 128 de 1976 y la ley 1474 de 2011 y demás normas sobre la materia, para contratar con LA E.S.E. DEPARTAMENTAL "SOLUCION SALUD".

Cordialmente,

_____

OFICIO DE PRESENTACIÓN DE LAS OFERTAS

Villavicencio, _____

Señores
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E. SOLUCION SALUD
Ciudad.

Ref.: Proceso de contratación directa

Estimados señores:

_____ identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en mi propio nombre o en mi calidad de representante legal, presento oferta para el proceso de contratación indicado en la referencia, para lo cual, hago las siguientes manifestaciones:

1. Que conozco y acepto los documentos del proceso, tuve la oportunidad de solicitar aclaraciones y modificaciones a los mismos, y recibí de la E.S.E. SOLUCION SALUD respuesta oportuna a cada una de las solicitudes.

2. Que estoy autorizado para suscribir y presentar la oferta en nombre del proponente y estoy autorizado para suscribir el contrato si resultare seleccionado.

3. Que la oferta que presento cumple con la totalidad de los requisitos y especificaciones técnicas y financieras contenidas en los términos de condiciones.

4. Que la oferta económica y la oferta técnica están adjuntas a la presente comunicación y han sido elaboradas de acuerdo con los documentos del proceso y hacen parte integral de la oferta.

5. Que los documentos que presento con la oferta son ciertos y han sido expedidos por personas autorizadas para el efecto.

6. Que la oferta económica adjunta fue elaborada teniendo en cuenta todos los gastos, costos, derechos, impuestos, tasas y demás contribuciones que se causen con ocasión de la presentación de la oferta, suscripción y ejecución del contrato y que en consecuencia, de resultar adjudicatario no presentaré reclamos con ocasión del pago de tales gastos.

7. Que en caso de resultar adjudicatario, suscribiré el contrato en la fecha prevista para el efecto en el cronograma de actividades contenido en los términos de condiciones.

8. Que en caso de ser adjudicatario, me obligo a presentar las garantías previstas en los términos de condiciones del proceso en las fechas establecidas en el cronograma.

9. Que en caso de resultar adjudicatario me comprometo a que a la terminación de la vigencia del contrato, la obra, servicio o suministro cumplirá con la totalidad de los alcances, requerimientos y especificaciones técnicas de que se precisaron en los términos de condiciones.

10. Que, el proponente y el personal a su cargo se encuentre a paz y salvo con las obligaciones laborales y del Sistema de Seguridad Social Integral y demás aportes, para lo cual acredito los soportes de dichos pagos.

RESUMEN DE LA PROPUESTA

OBJETO DEL CONTRATO:

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL PROPONENTE:

PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO:

VALOR DEL CONTRATO:

VALIDEZ DE LA PROPUESTA. Será por una vigencia 30 días.

Atentamente.

_____