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

DATOS PERSONALES	
NOMBRE O RAZON SOCIAL	VELRIMA S.A.S
DOCUMENTO DE IDENTIDAD O NIT	900.712.114-1
REPRESENTANTE LEGAL	MATEO RÍOS VELÁSQUZ
CEDULA DE CIUDADANIA	1.088.315.738
APODERADO	N/A
CEDULA DE CIUDADANIA	N/A

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: ____ 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.

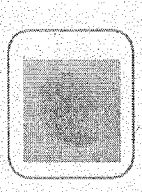
- Que, en caso de recolectar información sensible, conozco que es derecho del Titular contestar o no las preguntas que le formule y entregar o no los datos solicitados, precisando que son datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del titular o cuyo uso indebido puede generar discriminación como 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 23 del mes de julio del año 2026

Mateo Ruiz Velásquez

FIRMA: _____

C.C. 1.088.315.738



HUELLA

HOJA DE VIDA
PERSONA JURÍDICA
(LEY 190 DE 1995 Y LEY 443 DE 1998)
RESOLUCIÓN 580 DEL 19 DE AGOSTO DE 1999
INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO

COBERTURA: Este Formato Unico de Hoja de Vida debe ser diligenciado por toda persona jurídica, aspirante a celebrar un contrato de prestación de servicios con la administración, independientemente de su término de duración.

INSTRUCCIONES GENERALES:

Antes de comenzar a diligenciar este formato tenga en cuenta las siguientes instrucciones :

- Escriba en letra imprenta y en tinta únicamente de color negro.
- Las fechas deben ir en números arábigos.
- Si requiere ampliar la relación de los contratos de prestación de servicios, utilice una hoja en blanco.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

I. Identificación:

En el caso de que la entidad o sociedad sea pública, especifique:

ORDEN: Marque con "X" si es del orden nacional (NAL), departamental (DPTL), distrital (DIST), municipal (MPL) u otro (OTRO). Si marca esta última, aclare a qué otro orden corresponde.

TIPO: Escriba el código de la entidad o sociedad, de acuerdo con la siguiente tabla:

CÓDIGO	TIPO
O1	MINISTERIO O DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO
O2	SUPERINTENDENCIA O UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL
O3	ESTABLECIMIENTO PÚBLICO
O4	ENTE UNIVERSITARIO AUTÓNOMO O EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
O5	EMPRESA INDUSTRIAL Y COMERCIAL DEL ESTADO
O6	SOCIEDAD DE ECONOMÍA MIXTA
O8	OTRO

En el caso de que la entidad o sociedad sea privada, escriba la CLASE a que pertenece, de acuerdo con la siguiente tabla:

CÓDIGO	CLASE
11	SOCIEDADES COMERCIALES E INSTITUCIONES FINANCIERAS
12	SOCIEDADES SIN ÁNIMO DE LUCRO
13	SOCIEDADES CIVILES
14	ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES
15	SOCIEDADES EXTRANJERAS (SUCURSALES Y FILIALES)
16	OTRA

II. Servicios:

Relacione los principales servicios que ofrece su entidad o sociedad, de acuerdo con el objeto social.

III. Experiencia y Situación Actual:

En orden cronológico establezca los contratos de prestación de servicios que su entidad o sociedad ha realizado, escribiendo el nombre de la entidad contratante, si es pública o no, indicando su número telefónico, la fecha de terminación o conclusión del servicio y el valor del contrato, en pesos colombianos.

IV. Representante Legal o Apoderado:

Relacione el nombre y la identificación del Representante Legal o Apoderado. Establezca su capacidad de contratación aprobada por estatutos. Marque con X "si" o "no" está incurso, como representante legal o apoderado, dentro de las causales de inhabilidad o incompatibilidad existentes. Firme este formato para que la información declarada en él tenga validez. Recuerde anexar los documentos que respaldan su contenido, incluyendo el Certificado de Representación Legal o de Apoderado.

Departamento Administrativo de la Función Pública

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

PERSONA JURÍDICA

(LEYES 190 DE 1995 Y 443 DE 1998)

RESOLUCIÓN 580 DEL 19 DE AGOSTO DE 1999

ENTIDAD RECEPTORA

I. IDENTIFICACIÓN

RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN: VELRIMA SAS

SIGLA:

NIT No. 900.712.114-1

PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PÚBLICA, DETERMINE ORDEN Y TIPO:

ORDEN: NAL. [ ] DPTL. [ ] DIST. [ ] MPL. [ ] OTRO [ ] ¿CUÁL? _____

TIPO: [ ] (VER AL RESPALDO)

PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PRIVADA, DETERMINE CLASE:

CLASE: [16] (VER AL RESPALDO)

DOMICILIO PARA CORRESPONDENCIA | PAÍS: COLOMBIA | DEPARTAMENTO: RISARALDA

MUNICIPIO: PEREIRA | DIRECCIÓN: CONDOMINIO EL COFRE CASA 5 COMBIA

TELÉFONOS: 3136584161 | FAX: | APARTADO AÉREO:

II. SERVICIOS

RELACIONE LOS PRINCIPALES SERVICIOS QUE OFRECE SU ENTIDAD O SOCIEDAD

1 FORMACIÓN	2 CAPACITACION Y DESARROLLO
3 SELECCIÓN DE PERSONAL	4 LIDERAZGO
5 OUTDOOR TRAINING	6 VALORACION DE

III. EXPERIENCIA Y SITUACIÓN ACTUAL

RELACIONE LOS CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS QUE HA CELEBRADO, EMPEZANDO POR EL ACTUAL O ÚLTIMO:

ENTIDAD CONTRATANTE	PUB	PRIV	TELÉFONO	FECHA TERMINACIÓN	VALOR
GOBERNACION DE RISARALDA	X		3398300	20-NOV-18	$120.000.000
COODESURIS	X		3249898	31-DIC-18	$37'000.000
COODESURIS	X		3249898	31-DIC-17	$21.600.000
GOBERNACION DE RISARALDA	X		3398300	6-DIC-15	$34'800.000
GOBERNACION DE RISARALDA	X		3398300	16-DIC-16	$5'000.000

IV. REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

PRIMER APELLIDO: RIOS | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA): VELASQUEZ | NOMBRES: MATEO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. [X] C.E. [ ] PASAPORTE [ ]

NÚMERO: 1.088.315.738

ACTÚA EN CARÁCTER DE: Representante Legal [X] Apoderado [ ]

CAPACIDAD DE CONTRATACIÓN: $120.000.000

ACTUANDO EN CALIDAD DE REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO, MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE: SI [ ] NO [X] ME ENCUENTRO INCURSO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD O INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL PARA CELEBRAR UN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (ART. 1o. LEY 190 DE 1995).

OBSERVACIONES:

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS, EN EL PRESENTE FORMATO SON VERACES (ART. 5o. LEY 190 DE 1995). 23– julio -2026

FIRMA: Mateo Rios Velasquez | FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:

V. OBSERVACIONES DE LA ENTIDAD CONTRATANTE

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE LA ENTIDAD O SOCIEDAD HA PRESENTADO COMO SOPORTE (ART. 4o. LEY 190 DE 1995).

NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL RESPONSABLE | CIUDAD Y FECHA



REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES

NÚMERO 1088315738

APELLIDOS Y NOMBRES

RIOS VELASQUEZ

MATEO

PERTENECE AL EJERCITO DE:

1ª LINEA 31 - DIC	2ª LINEA 31 - DIC	3ª LINEA 31 - DIC
2024	2034	2044

PROFESION BACHILLER

FECHA DE EXP. 07 JUN 2017

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJERCITO NACIONAL

Instrucciones Especiales

1. Este es un documento público y es requisito presentarlo para los siguientes casos:
   - Celebrar contratos con cualquier entidad pública.
   - Ingresar a la carrera administrativa.
   - Tomar posesión de cargos públicos.
   - Obtener grado de profesional en cualquier centro docente de educación superior.

2. En caso de convocatoria de reservas de llamamiento especial o de movilización, debe efectuar presentación inmediata en la unidad militar más cercana al lugar de su residencia para recibir instrucciones al respecto.

03324528
0019899314320012

VELRIMA SAS

NIT 900.712.114-1

ACOMPAÑAMIENTO INTEGRAL

VELRIMA SAS
Carrera 13 # 12-89, Pereira, Risaralda.
Teléfonos 3136534161

Pereira, julio de 2026

Doctor
JOHN FREDY MONTOYA
Gerente
E.S.E HOSPITAL VICENTE DE PAÚL
Santa Rosa de Cabal

Cordial saludo, doctor John Fredy.

Es muy grato presentarle nuestra propuesta para brindar el servicio de **ACOMPAÑAMIENTO INTEGRAL** a la institución que usted representa.

Contamos con Profesionales en Psicología, con más de veinticinco años de experiencia en realización de procesos de acompañamiento individual y grupal.

Cordialmente,

MATEO RÍOS VELÁSQUEZ
Presidente
Celular: 313-6584161
mateo@creserconsultores.com.co

VELRIMA SAS
Carrera 18 # 19-89, Pereira, Risaralda.
Teléfonos 3136584161