En virtud del presente acuerdo, el suscrito se obliga a no revelar, divulgar, reproducir, exhibir, publicar, comunicar, utilizar y/o emplear la INFORMACIÓN CONFIDENCIAL que por cualquier medio reciba o tenga acceso para el desarrollo de sus labores siendo personal vinculado, y en calidad de contratista, para el desarrollo de las actividades propias del contrato. En ambos casos el suscrito mantendrá y protegerá de manera privada dicha información, con el fin de evitar su divulgación no autorizada. Para lo anterior, el suscrito se obliga específicamente a:

a) Evitar el acceso a la INFORMACIÓN CONFIDENCIAL a aquellas personas que no tengan una necesidad justificada de conocerla.
b) Abstenerse de utilizar la información en beneficio directo o indirecto, propio o de terceros.
c) Abstenerse de publicarla, divulgarla, difundirla, ofrecerla o hacerla disponible a terceros, total o parcialmente.
d) Abstenerse de hacer copias de la misma a menos que el responsable del activo de información lo autorice expresamente.
e) Conservar la INFORMACIÓN CONFIDENCIAL en condiciones seguras y tomar todas las medidas establecidas en la Política de Seguridad de informática adoptada por la Entidad para evitar que sea hurtada, copiada, reproducida, distribuida, divulgada o difundida en forma no autorizada.
f) Identificar y reportar al área de TIC de la Entidad cualquier incumplimiento de las normas y/o procedimientos de Seguridad de la Información establecidos.
g) Responder por la protección de los activos acatando la Política de Seguridad de informática adoptada por la Entidad.
h) Proteger la información de la alcaldía de Copacabana en todos los medios (físico, informático, magnético, óptico, electrónico telemático y todo soporte de información que pueda surgir en el futuro, etc.)
i) No retirar información Confidencial y/o Reservada de las instalaciones de la alcaldía de Copacabana sin la debida autorización del responsable del activo de información.
j) Mantener, promover y velar por la confidencialidad de la información con la que desarrolla sus actividades, evitando su exposición y divulgación a personal interno o externo que no sea explícitamente autorizado.
k) En general, mantener una actitud responsable, activa y participante en la gestión de la seguridad de la información.

Camila Giraldo Villa
1035877948

Firma
Nombre Completo: Camila Giraldo Villa
C.C: 1035877948
Fecha: 29 de septiembre de 2026

Consentimiento Informado Política de Prevención y Control de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias Psicoactivas.

Yo Camila Giraldo Villa , identificado con cedula de ciudadanía número 1035877948, por medio del presente documento, en forma libre, en pleno uso de mis facultades mentales y sin limitaciones o impedimentos de carácter médico o legal, autorizando a la alcaldía de Copacabana, para que efectúe en cualquier momento las pruebas necesarias para detectar en mi organismo la presencia de alcohol, y/o sustancias psicoactivas (alcohol etílico, marihuana, cocaína, bazuco, anfetaminas, benzodiacepinas, heroínas y sustancias similares o derivadas).

Entiendo que un resultado positivo de esta prueba, indica con alta probabilidad, la presencia de alcohol, drogas o sustancias psicoactivas en mi organismo.

Comprendo que, para efectos de la obtención y confiabilidad de la muestra, se me acompañará por la instancia competente durante la toma de la misma, y que se hará todo esfuerzo razonable para mantener la confidencialidad del resultado de esta prueba.

Para que así conste a todos los efectos, firmo la presente declaración de conformidad.

Camila Giraldo Villa
1035877948

Firma
Nombre Completo: Camila Giraldo Villa
C.C: 1035877948
Fecha: 29 de septiembre de 2026

COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

En mi calidad de eventual contratista declaro que:

1. Apoyo la transparencia y rendición de cuentas en la administración pública.
2. Me comprometo a no ofrecer y no dar dádivas, sobornos o cualquier forma de halago, retribuciones o prebenda a servidores públicos o asesores de la Entidad Contratante, directamente o a través de sus empleados, contratistas o tercero.
3. No realizaré acuerdos o actos de colusión en el proceso de contratación N° **1343-2023**.
4. Revelaré la información requerida por organismos de control.
5. Comunicaré este compromiso a mis empleados y asesores cuando aplique.
6. Conozco las consecuencias legales del incumplimiento de este compromiso.

Datos del eventual contratista:

- Nombre de la **persona jurídica:** _____
- Nombre del representante legal: _____
- Tipo y Número de Identificación: _____
- Firma: _____

Datos del eventual contratista:

- Nombre de la **persona natural:** _____
- Tipo y Número de Identificación: _____1035877948_____
- Firma:_____ Camila Grialdo Villa 1035877948 _____

Dado en Copacabana, a los ___29__ días del mes ____09____ año_____2026_____

DECLARACIÓN DE NO INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

Declaro bajo gravedad de juramento que conozco las causales de inhabilidad e incompatibilidad para contratar con las Entidades Estatales de conformidad con los artículos 8o. y siguientes de la Ley 80 de 1993 y su decreto reglamentario, de las sanciones establecidas por transgresión a las mismas en los artículos 26 núm. 7o. y 52 de la citada ley, así como los efectos legales consagrados en el Art. 44 núm. 1o. de la misma norma y la Ley 1474 de 2011 y demás normas no enunciadas que rigen la materia, declaro bajo la gravedad del juramento que se entiende prestado con la firma del presente documento, que no me encuentro incurso en ninguna de ellas.

Camila Giraldo Villa
1035877948

Firma:____ ____

Nombre: ___Camila Giraldo Villa_____

Cédula: _____3044912996_____

Dado en Copacabana, a los __29___ días del mes ___09_____ año_____2026_____

CONSENTIMIENTO EXPRESO CON TRANSFERENCIA DE DATOS PERSONALES, SENSIBLES Y BIOMÉTRICOS

De acuerdo con la Ley 1581 de 2012 de Protección de Datos y normas concordantes, autorizo al Municipio de Copacabana a incluir mis datos en sus bases de datos y a tratarlos con fines administrativos, estadísticos, de seguridad, contratación y demás actividades relacionadas. Asimismo, autorizo la transferencia de mis datos a entidades prestadoras de servicios de salud, fondos de pensiones, ARL, cajas de compensación y entes de control.

Autorizo el uso de mis datos biométricos (fotografías, videos y huellas dactilares) para conocer el estado de salud, identificación, carnetización y gestión de seguridad industrial.

Firma:____ Camila Giraldo Villa 1035877948 ____

Nombre: ___Camila Giraldo Villa_____

Cédula: _____3044912996_____

Dado en Copacabana, a los __29___ días del mes ___09_____ año_____2026_____

AUTORIZACIÓN DE CONSULTA EN EL REGISTRO DE INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES

Autorizo al Municipio de Copacabana a consultar mi información en el registro de inhabilidades por delitos sexuales administrado por la Policía Nacional, esto señalado en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, la consulta se realizará previo a mi vinculación y cada cuatro meses durante su vigencia. Declaro conocer y aceptar el tratamiento de mis datos según la normativa vigente.

Cuando aplique, declaro que he verificado que el personal a mi cargo no está inhabilitado por delitos sexuales.

Se exceptúa para aquellos contratos, cargos, oficios, profesiones y/o actividades que no involucren una relación directa y habitual con menores de edad.

Firma:____ Camila Giraldo Villa 1035877948 ____

Nombre: ___Camila Giraldo Villa_____

Cédula: _____3044912996_____

Dado en Copacabana, a los __29___ días del mes ___09_____ año_____2026_____