23 de Octubre de 2026 .

Señores
ALCALDIA MUNICIPAL DE RESTREPO VALLE DEL CAUCA – SECRETARIA DE SALUD

Asunto: Declaración juramentada para la celebración de contrato de prestación de servicios profesionales o de apoyo a la gestión con la **ALCALDIA MUNICIPAL DE RESTREPO VALLE DEL CAUCA – SECRETARIA SALUD.**

Yo, sandra liliana gonzalez pulido identificado(a) con Cedula No. 52,464.192 por medio del presente documento me permito declarar bajo la gravedad de juramento que:

1. No me encuentro incurso en ninguna de las siguientes causales de inhabilidad e incompatibilidad para contratar con el Estado, así como ningún conflicto de interés, con ocasión del contrato de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión que suscribiré con **ALCALDIA MUNICIPAL DE RESTREPO VALLE DEL CAUCA – SECRETARIA DE SALUD**, a saber:

   - No he sido sujeto (a) de declaratoria de caducidad contractual.
   - No existe sentencia judicial en la que haya sido condenado (a) a la plena accesoria de interdicción de derechos y funciones públicas y no he sido sancionado (a) disciplinariamente con destitución.
   - No tengo condición de servidor (a) público (a).
   - No he sido declarado (a) responsable judicialmente por la comisión de delitos de peculado, concusión, cohecho, prevaricato en ninguna de sus modalidades, ni soborno transnacional, así como sus equivalentes en otras jurisdicciones.
   - No soy miembro de la junta o consejo directivo, ni servidor (a) público (a) de la entidad contratante[1].
   - No conozco ninguna circunstancia que implique conflicto de intereses para contratar con **ALCALDIA MUNICIPAL DE RESTREPO VALLE DEL CAUCA – SECRETARIA DE SALUD.**

2. En relación con la información clasificada o reservada que sea puesta a mi disposición por **ALCALDIA MUNICIPAL DE RESTREPO VALLE DEL CAUCA – SECRETARIA DE SALUD**, me comprometo a:

   - Dar aplicación a la Ley 1581 de 2012, la Ley 1712 de 2014, el capítulo 25 del título 2 de la parte 2 del libro 2 del Decreto 1074 de 2015, así como los procedimientos y formatos asociados a la Política de Tratamiento de Datos Personales y la Política de Seguridad y Privacidad de la Información, Seguridad Digital y Continuidad de la Operación que se encuentran publicadas en la página web www.restrepo-valle.gov.co.
   - Utilizar los repositorios de almacenamiento de información dispuestos por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE RESTREPO VALLE DEL CAUCA - SECRETARIA DE SALUD.**
   - Utilizar la información únicamente en los términos autorizados y establecidos en las políticas de la Entidad y entregar toda información de inmediato a la persona designada por el **ALCALDIA MUNICIPAL DE RESTREPO VALLE DEL CAUCA – SECRETARIA DE SALUD,** una vez haya suspensión o terminación del

[1] Esta incompatibilidad solo comprende a quienes desempeñaron funciones en los niveles directivo, asesor o ejecutivo y se extiende por el término de un (1) año, contado a partir de la fecha del retiro

contrato o cambio en las obligaciones; absteniéndome de mantener copia parcial o total de la información obtenida o generada con ocasión del desarrollo del objeto contractual.

- Garantizar que la seguridad de la información, que se pone en mi conocimiento y custodia, se está ejerciendo sobre ella la debida diligencia y haciendo uso de las medidas y medios técnicos de responsabilidad y cuidado que ponga a disposición la **ALCALDIA**, de conformidad a lo dispuesto en la Política de Seguridad y privacidad de la Información, seguridad digital y continuidad de la Operación de la **ALCALDIA MUNICIPAL DE RESTREPO VALLE DEL CAUCA – SECRETARIA DE SALUD.**
- Propender por la seguridad de la información que se pone en mi conocimiento, ejerciendo sobre ella debida diligencia y haciendo uso de las medidas y medios técnicos de protección y custodia que ponga a disposición la Alcaldia, todo ello de acuerdo con lo dispuesto en la Política de Seguridad de la Información del **ALCALDIA MUNICIPAL DE RESTREPO VALLE DEL CAUCA.**
- No usar la información suministrada para fines distintos al cumplimiento del contrato suscrito con el **ALCALDIA MUNICIPAL DE RESTREPO VALLE DEL CAUCA – SECRETARIA DE SALUD**, así como no utilizarla de forma alguna, que pudiere causar perjuicio directo o indirecto a los titulares o terceros de la información.
- No revelar, divulgar, exhibir, mostrar, hacer circular, compilar, sustraer, ofrecer, vender, intercambiar, captar, interceptar, modificar, recolectar, almacenar, o replicar la información dada a conocer por el **ALCALDIA MUNICIPAL DE RESTREPO VALLE DEL CAUCA – SECRETARIA DE SALUD**, inclusive después de finalizada su vinculación contractual o culminado el tratamiento de información realizado en ejercicio de las labores encomendadas, de conformidad con el **Principio de Confidencialidad** contenido en el Literal H artículo 4 de la Ley 1581 de 2012.
- No publicar ni disponer de la información puesta en mi conocimiento en sitios de Internet u otros medios de divulgación o comunicación masiva, conservando la información a la que tenga acceso bajo las políticas establecidas por el **ALCALDIA MUNICIPAL DE RESTREPO VALLE DEL CAUCA** y las condiciones de seguridad necesarias, disponiendo de las medidas técnicas, humanas y administrativas que sean necesarias para otorgar seguridad e impedir su adulteración, pérdida, consulta, uso o acceso no autorizado o fraudulento.
- No publicar ni disponer de la información puesta en mi conocimiento en la web ni en otros medios de divulgación o comunicación masiva, conservando la información a la que tenga acceso bajo la Política de Tratamiento de Datos Personales y la Política de Seguridad y Privacidad de la Información entre otras políticas adoptadas en el **ALCALDIA MUNICIPAL DE RESTREPO VALLE DEL CAUCA – SECRETARIA DE SALUD** y las condiciones de seguridad requeridas, disponiendo de las medidas técnicas, humanas y administrativas necesarias para otorgar seguridad e impedir su adulteración, pérdida, consulta, uso o acceso no autorizado o fraudulento.

3. Autorizo expresamente de manera voluntaria e informada a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE RESTREPO VALLE DEL CAUCA – SECRETARIA DE SALUD**, para tratar mis datos personales, acorde con la Política de Tratamiento de Datos Personales del Municipio para los fines relacionados con su misión y funciones, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y del Decreto 1074 de 2015, acorde con lo siguiente:

- Autorizo libre y voluntariamente, de manera expresa e inequívoca al **ALCALDIA MUNICIPAL DE RESTREPO VALLE DEL CAUCA – SECRETARIA DE SALUD** para que realice la recolección, almacenamiento, procesamiento, administración, transferencia y tratamiento de los datos personales que

suministro de manera veraz y completa, con la finalidad de ser utilizados para los aspectos relacionados con la elaboración, suscripción y seguimiento a la ejecución de los contratos; la generación de registros, reportes y publicación de la gestión contractual establecidos normativamente, y tramitado en el marco de las políticas y procedimientos establecidos en el **ALCALDIA MUNICIPAL DE RESTREPO VALLE DEL CAUCA – SECRETARIA DE SALUD**, así como el cumplimiento a los requerimientos de autoridades judiciales y entes de control interno y externo de la Entidad frente a los contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión.

- La **ALCALDIA** queda facultada para realizar cuando las necesidades lo ameriten, consultas en los sistemas, bases de datos y/o fuentes de información pública, que dispongan las entidades del Estado o privados que en ejercicio de sus funciones dan fe pública conforme a su misionalidad.
- Declaro que conozco la finalidad de la recolección y tratamiento de mis datos personales y que se realizará por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE RESTREPO VALLE DEL CAUCA – SECRETARIA DE SALUD** en ejercicio propio de sus funciones legales y su misionalidad de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en el portal www.restrepo-valle.gov.co
- Manifiesto que fui informado(a) que en caso de que la Entidad solicite recolectar información, tengo derecho a contestar o no las preguntas que se me formulen y a entregar o no los datos solicitados. Entiendo que son datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar su discriminación, tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promueva intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición así como los datos relativos a la salud y a la vida sexual, que como titular de la información, fui informado de los derechos y deberes con que cuento, especialmente a conocer, actualizar y rectificar mi información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales podré ejercer a través de los canales presenciales o los medios virtuales dispuestos por la entidad
- Conforme al artículo 56 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo - Ley 1437 de 2011 modificado por el artículo 10 de la Ley 2080 de 2021, autorizo expresamente a la **ALCALDIA** a remitir notificaciones electrónicas al correo electrónico, una vez inicie la ejecución contractual.
- Conforme lo manifestado en el estudio previo respecto de la procedencia de la consulta en el registro de inhabilidades por delitos contra la libertad, integridad y formación sexuales contra niños, niñas y adolescentes, autorizo de manera previa, expresa y escrita a que se realice la consulta correspondiente, cuando se configuren las circunstancias descritas en la Ley 1918 de 2018 y el decreto 753 de 2019 o norma que la modifique o sustituya.
- Manifiesto la voluntad de afiliarme al Sistema de Riesgos Laborales de conformidad con lo establecido en el Decreto 1072 de 2015, por lo tanto, autorizo a la Entidad para adelantar los trámites requeridos para mi Afiliación al Sistema de Riesgos Profesionales una vez celebrado el respectivo contrato.

4. En cumplimiento a la Directiva Presidencial No. 01 de 2022 del 17 de enero de 2022, dejo constancia de que, a la fecha de celebración del contrato con la **ALCALDIA MUNICIPAL DE RESTREPO VALLE DEL CAUCA – SECRETARIA DE SALUD**, tengo suscritos (cuando aplique), los contratos (con entidades públicas, privadas y/o mixtas) que se relacionan a continuación:

Entidad contratante	Número de contrato	Valor del contrato	Fecha de terminación

Acorde con lo anterior, me comprometo a ejecutar las obligaciones derivadas del contrato a suscribir, y a informar a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE RESTREPO VALLE DEL CAUCA – SECRETARIA DE SALUD**, la suscripción de contratos de prestación de servicios (profesionales o de apoyo a la gestión) con otras entidades durante la ejecución del contrato.

5. Declaro que para la celebración de contrato de prestación de servicios profesionales o de apoyo a la gestión, me comprometo a realizar de manera oportuna las gestiones para realizar mi afiliación al régimen de seguridad social en salud y pensiones, en calidad de cotizante al régimen contributivo[2], y a presentar la documentación e información necesaria para que la entidad pueda realizar la afiliación a ARL.

6. Declaro entender y aceptar que la firma y entrega de este documento y de los demás remitidos para verificación no comprometen ni obligan a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE RESTREPO VALLE DEL CAUCA – SECRETARIA DE SALUD** a celebrar contrato.

Tengo conocimiento de que en caso de celebrar contrato, el incumplimiento de las anteriores disposiciones y compromisos facultará al Supervisor del contrato para compulsar y dar traslado a las autoridades competentes con el fin de que sean adelantadas las actuaciones administrativas, civiles, disciplinarias y penales a las que haya lugar.

Cordialmente,

Firma del futuro contratista:	
Sandra Gonzalez	
Nombre:	sandra liliana gonzalez pulido

PROCESO ADQUISICIÓN BIENES Y SERVICIOS FORMATO AUTORIZACIÓN FORMATO DE DECLARACIONES DEL CONTRATISTA PARA LA CELEBRACIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES O DE APOYO A LA GESTIÓN

[2] Lo anterior, de conformidad con los postulados de la Ley 100 de 1993, el Decreto 1072 de 2015 (Art. 2.2.4.2.5.7) y la Circular 000002 de 2015 del Ministerio del Trabajo: La verificación de afiliación a seguridad social es obligatoria antes de realizar pagos, no necesariamente antes de la firma del contrato.

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DE LA ALCALDIA DE RESTREPO VALLE Y A LA LEY 1581 DE 2012.