

	HOSPITAL SAN RAFAEL YOLOMBÓ	Código: GA-FR-29
		Versión: 01
	TÉRMINOS DE REFERENCIA	Fecha de Aprobación: 28/06/2021
		Páginas: 1 de 27

FORMATOS

FORMATO No. 1

CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Lugar y fecha _____

Señores
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN RAFAEL
Yolombó

Referencia: INVITACION PÚBLICA

[Nombre del representante legal o de la persona natural Proponente], identificado como aparece al pie de mi firma, [obrando en mi propio nombre o en mi calidad de representante legal de] [nombre del Proponente], presento Oferta para el Proceso de Contratación de la referencia, cuyo objeto corresponde a la: **SELECCIONAR A UNA SOCIEDAD FIDUCIARIA DEL ORDEN NACIONAL AUTORIZADA LEGALMENTE PARA FUNCIONAR EN COLOMBIA, PARA QUE A TRAVES DE UN CONTRATO DE ENCARGO FIDUCIARIO, ADMINISTRE LOS RECURSOS DEL FIDEICOMISO CONSTITUIDO POR LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE YOLOMBÓ PARA LA EJECUCION DEL PROYECTO DE CONSTRUCCION DE LA INFRAESTRUCTURA FISICA DE LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE YOLOMBÓ ETAPA 1 TORRE CLINICA**, 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 ESE respuesta oportuna a cada una de las solicitudes.
2. Que estoy autorizado para suscribir y presentar Oferta en nombre del Proponente y estoy autorizado para suscribir el contrato si el Proponente resulta adjudicatario del Proceso de Contratación de la referencia.
3. Que conocemos y aceptamos la Legislación de la República de Colombia.
4. Que conocemos y aceptamos los términos y condiciones de uso de la plataforma SECOP II junto con los Manuales y Guías de la plataforma los cuales definen, en desarrollo del artículo 4 de la Ley 527 de 1999, la forma en la cual debe ser realizado el envío, recepción, archivo y proceso de mensajes de datos en el Sistema Electrónico de Compra Publica, y nos declaramos responsables de su manejo y uso.
5. Que ninguna de las personas representadas por los firmantes se encuentra incursos en causal alguna de inhabilidad y/o incompatibilidades señaladas por la Constitución, la Leyes Colombianas o el TERNINOS DE REFERENCIA, o son morosas en obligaciones con ninguna entidad pública, que les impida celebrar contratos con LA ESE.
6. Que la Oferta que presento cumple con la totalidad de los requisitos y especificaciones técnicas del TERNINOS DE REFERENCIA y sus anexos.
7. 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.
8. Que los documentos que presento con la Oferta son ciertos y han sido expedidos por personas autorizadas para el efecto.
9. Que con la presentación de la propuesta estoy aceptando los riesgos establecidos en el Proceso de la referencia.
10. Que nos acogemos a los plazos establecidos para la ejecución del contrato.
11. Que la oferta económica 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

	HOSPITAL SAN RAFAEL YOLOMBÓ	Código: GA-FR-29
		Versión: 01
	TÉRMINOS DE REFERENCIA	Fecha de Aprobación: 28/06/2021
		Páginas: 2 de 27

Oferta, suscripción y ejecución del contrato y que, en consecuencia, de resultar adjudicatario no presentaré reclamos con ocasión del pago de tales gastos.

- 12. Que en caso de ser seleccionado por algún criterio de puntuación o desempate establecido en el TERNINOS DE REFERENCIA, me comprometo a mantener durante el tiempo establecido en la ley la condición del criterio de desempate que me fue aplicado.
- 13. Que en caso de resultar adjudicatario del contrato resultante del proceso, suscribiré el contrato en la fecha prevista para el efecto en el Cronograma contenido en los Documentos del Proceso.
- 14. Que en caso de resultar adjudicatario, me obligo a presentar la garantía de cumplimiento prevista en los Documentos del Proceso en la fecha prevista para el efecto en el Cronograma allí contenido.
- 15. Que en caso de resultar adjudicatario me comprometo a que, a la terminación de la vigencia del Contrato, el servicio contratado cumplirá con la totalidad del alcance y los requerimientos y especificaciones técnicas establecidas en el TERNINOS DE REFERENCIA y sus anexos.
- 16. Que manifiesto que el proponente está a paz y salvo con sus obligaciones parafiscales y laborales frente al sistema de seguridad social integral y demás aportes relacionados con las obligaciones laborales.
- 17. Adjunto la garantía de seriedad de la Oferta la cual cumple con lo establecido en los Documentos del Proceso.
- 18. Apoyamos las acciones del Estado colombiano y de LA ESE para fortalecer la transparencia y la rendición de cuentas de la administración pública.
- 19. No estamos en causal de inhabilidad, incompatibilidad o conflicto de intereses alguna para celebrar el contrato objeto del Proceso de Contratación.
- 20. En lo referente al compromiso anticorrupción, nos comprometemos a cumplir con todos y cada una de las manifestaciones que a continuación se relacionan: a) Apoyamos la acción del Estado colombiano y de LA ESE para fortalecer la transparencia y la rendición de cuentas de la administración pública; b) No estamos en causal de inhabilidad alguna para celebrar el contrato objeto del Proceso de Contratación; c) 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 Entidad Contratante, directamente o a través de sus empleados, contratistas o tercero; d) Nos comprometemos a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o efecto la colusión en el presente proceso de selección; e) Nos comprometemos a revelar la información que sobre el presente proceso de selección nos soliciten los organismos de control de la República de Colombia; f) 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; y g) Conocemos las consecuencias derivadas del incumplimiento del presente compromiso anticorrupción.
- 21. Que para efecto de comunicaciones mis datos como PROPONENTE son:

NOMBRE DEL PROPONENTE	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE	
TELÉFONO	
DIRECCIÓN y CIUDAD	
CORREO ELECTRÓNICO	

- 22. Que con la presentación de la propuesta, autorizo que los actos administrativos que se generen en el presente proceso de selección se notifiquen al correo electrónico indicado en el numeral anterior, cuando aplique.

	HOSPITAL SAN RAFAEL YOLOMBÓ	Código: GA-FR-29
		Versión: 01
	TÉRMINOS DE REFERENCIA	Fecha de Aprobación: 28/06/2021
		Páginas: 3 de 27

FORMATO No. 2
DOCUMENTO DE CONFORMACIÓN UNIÓN TEMPORAL

Lugar y fecha _____

Señores
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN RAFAEL
Yolombó

Referencia: **INVITACION PÚBLICA**

Apreciados Señores:

Los representantes _____, identificado con C.C. ____ y, identificado con C.C.____, debidamente autorizados para actuar en nombre de _____ Nit. _____ y _____ Nit_____, nos permitimos manifestar por este documento que hemos convenido asociarnos en UNIÓN TEMPORAL denominada: _____, para participar en el proceso, para el objeto denominado _____, y por lo tanto manifestamos lo siguiente:

1. La duración de esta UNIÓN TEMPORAL será igual al plazo del contrato y cinco (5) años más.
2. La UNIÓN TEMPORAL está integrada por las siguientes personas que desarrollarán las actividades con los porcentajes de participación que a continuación se indican:

NOMBRE	ACTIVIDAD	% DE PARTICIPACIÓN
--------	-----------	--------------------
3. La responsabilidad de los integrantes de la UNIÓN TEMPORAL será solidaria.
4. Para todos los efectos legales el domicilio de la UNION TEMPORAL será _____.
5. El representante de la UNIÓN TEMPORAL _____, identificado con cédula de ciudadanía No _____ de _____, quien está expresamente facultado para presentar la propuesta correspondiente al presente proceso de selección, celebrar, modificar, transigir, conciliar y liquidar el contrato, así como la de suscribir todos los documentos contractuales y postcontractuales que sean necesarios en caso de salir favorecidos con la adjudicación y tomar todas las determinaciones que fueren necesarias al respecto, con amplias y suficientes facultades. En su ausencia, se designa como representante suplente a _____, identificado con cédula de ciudadanía No _____ de _____, quien tendrá las mismas facultades indicadas con anterioridad.
6. La facturación se efectuará a nombre de _____ Nit _____ (si la facturación es generada por alguno (s) de los integrantes del proponente plural, se debe señalar el Nit de quien va a facturar, en el evento que la facturación sea a nombre del proponente plural no requiere indicar el Nit).
7. Para todos los efectos el presente documento será considerado el único constitutivo del proponente asociativo.

En constancia se firma en _____ a los _____ días del mes de _____ de 2026

NOMBRE Y FIRMA
C.C. N° _____

NOMBRE Y FIRMA
C.C. N° _____

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE DE LA UNIÓN TEMPORAL
C.C. N° _____

	HOSPITAL SAN RAFAEL YOLOMBÓ	Código: GA-FR-29
		Versión: 01
	TÉRMINOS DE REFERENCIA	Fecha de Aprobación: 28/06/2021
		Páginas: 4 de 27

FORMATO No. 3

DOCUMENTO DE CONFORMACIÓN CONSORCIO

Lugar y fecha _____

Señores
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN RAFAEL
Yolombó

Referencia: **INVITACION PÚBLICA**

Apreciados Señores:

Los representantes _____, identificado con C.C. __ __ y, identificado con C.C.____, debidamente autorizados para actuar en nombre de _____ Nit. _____ y _____ Nit____, nos permitimos manifestar por este documento que hemos convenido asociarnos en **C O N S O R C I O** denominado: _____, para participar en el proceso, para el objeto denominado _____, y por lo tanto manifestamos lo siguiente:

1. La duración de este **CONSORCIO** será igual al plazo del contrato y cinco (5) años más.
2. El **CONSORCIO** está integrado así:

NOMBRE	% DE PARTICIPACIÓN

3. La responsabilidad de los integrantes del **CONSORCIO** será solidaria, ilimitada y mancomunada.
4. Para todos los efectos legales el domicilio del **CONSORCIO** será:
_____.
5. El representante del **CONSORCIO** _____, identificado con cédula de ciudadanía No __ de ____, quien está expresamente facultado para presentar la propuesta correspondiente al presente proceso de selección, celebrar, modificar, transigir, conciliar y liquidar el contrato, así como la de suscribir todos los documentos contractuales y postcontractuales que sean necesarios en caso de salir favorecidos con la adjudicación y tomar todas las determinaciones que fueren necesarias al respecto, con amplias y suficientes facultades. En su ausencia, se designa como representante suplente a _____, identificado con cédula de ciudadanía No _____ de ____ ____, quien tendrá las mismas facultades indicadas con anterioridad.
6. La facturación se efectuará a nombre de _____ Nit____(si la facturación es generada por alguno (s) de los integrantes del proponente plural, se debe señalar el Nit. de quien va a facturar, en el evento que la facturación sea a nombre del proponente plural no requiere indicar el Nit).
7. Para todos los efectos el presente documento será considerado el único constitutivo del proponente asociativo.

En constancia se firma en _____a los ____días del mes de _de 2026

NOMBRE Y FIRMA
C.C. N°

NOMBRE Y FIRMA
C.C. N°

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE DE LA UNIÓN TEMPORAL
C.C. N° _

	HOSPITAL SAN RAFAEL YOLOMBÓ	Código: GA-FR-29
		Versión: 01
	TÉRMINOS DE REFERENCIA	Fecha de Aprobación: 28/06/2021
		Páginas: 5 de 27

FORMATO No. 04

CERTIFICACIÓN DE APORTES PARAFISCLAES Y DE SEGURIDAD SOCIAL

REFERENCIA: INVITACIÓN PÚBLICA

Yo, _____ en calidad de Revisor Fiscal o Representante Legal de la sociedad _____ con _____ NIT. _____, (o en nombre propio), identificado con cédula de ciudadanía no. ____ de acuerdo con la Ley 789 de 2002 manifiesto bajo juramento que la sociedad se encuentra al día en el cumplimiento del pago de sus obligaciones legales con los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a la caja de compensación familiar, ICBF y SENA o CREE, cuando a ello hubiere lugar, en relación con sus empleados por un periodo no inferior a seis (6) meses anteriores a la presentación de esta certificación.

Firma: _____

Nombre:
Tarjeta Profesional No.

En calidad de Revisor Fiscal o Representante Legal

Fecha: _____

NOTA: En caso de que la firma NO esté obligada por ley a tener revisor fiscal, la certificación deberá ser firmada por el Representante Legal

	HOSPITAL SAN RAFAEL YOLOMBÓ	Código: GA-FR-29
		Versión: 01
		Fecha de Aprobación: 28/06/2021
	TÉRMINOS DE REFERENCIA	Páginas: 6 de 27

FORMATO No. 5
RELACIÓN DE EXPERIENCIA DEL PROPONENTE

REFERENCIA: INVITACIÓN PÚBLICA

PROponente: _____

PERSONA QUE ACREDITA LA EXPERTIENCIA: _____

No. DE CONSECUTIVO EN EL RUP	N° CTO	ENTIDAD CONTRATANTE	OBJETO	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACIÓN	CODIGO UNSPSC	DESCRIPCIÓN EXPERIENCIA RELEVANTE	% PARTICIPACIÓN	VALOR (smlmv) REPORTADO EN EL RUP

NOTA 1: Para acreditar la experiencia específica el Proponente deberá cumplir con los requisitos establecidos en el TERNINOS DE REFERENCIA.

NOTA 2: Si el contrato registrado en el RUP se refiere a la prestación de diferentes suministros o servicios, se debe efectuar dentro del formulario una discriminación de los mismos con su valor correspondiente en SMLMV, para efectos de establecer los que se relacionan con la clasificación por el Código de Bienes y Servicios de las Naciones Unidas requerido para el presente proceso de selección.

Fecha: _____

Con la presentación de esta información y documento en el SECOP se entiende firmado por el proponente.

	HOSPITAL SAN RAFAEL YOLOMBÓ	Código: GA-FR-29
		Versión: 01
	TÉRMINOS DE REFERENCIA	Fecha de Aprobación: 28/06/2021
		Páginas: 7 de 27

FORMATO No. 6
RELACIÓN DE EXPERIENCIA DEL PROPONENTE

Lugar y fecha _____

Señores
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN RAFAEL
Yolombó

Referencia: INVITACION PÚBLICA

Yo, _____ identificado con Cédula de Ciudadanía _____, actuando en calidad de _____ de la empresa, consorcio o unión temporal _____, manifiesto de forma clara expresa e irrevocable, que en caso de resultar adjudicatario del proceso de selección de la referencia, contaré con el equipo mínimo requerido, así:

CANTIDAD	CARGO	FORMACION ACADEMICA	EXPERIECIA MÍNIMA	ROL	DISPONIBILIDAD

Lo anterior, de conformidad con los perfiles exigidos en el proceso de selección de la referencia, las condiciones se encuentran descritas en el estudio previo, TERMINOS DE REFERENCIA, y demás documentos que lo conforman.

Así mismo me comprometo a presentar al ESE HOSPITAL todos los soportes requeridos en el estudio previo y los TERMINOS DE REFERENCIA relacionados con la formación y experiencia del personal que conformará el equipo mínimo de trabajo, como requisito para la suscripción del acta de inicio.

Manifiesto que el personal que emplee para la ejecución del contrato no tendrá vínculo laboral con LA ESE HOSPITAL.

Con la presentación de este documento en el SECOP II se entiende firmado por el representante legal y obliga en todo su contenido al proponente.

	HOSPITAL SAN RAFAEL YOLOMBÓ	Código: GA-FR-29
		Versión: 01
	TÉRMINOS DE REFERENCIA	Fecha de Aprobación: 28/06/2021
		Páginas: 8 de 27

FORMATO No. 7

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL ESTATUTO ORGÁNICO DEL SECTOR FINANCIERO

Lugar y fecha _____

Señores
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN RAFAEL
Yolombó

REFERENCIA: INVITACION PÚBLICA

[Nombre del representante legal o de la persona natural Proponente], identificado como aparece al pie de mi firma, [obrando en mi propio nombre o en mi calidad de representante legal de] [nombre del Proponente], de acuerdo con el artículo 203 del Código de Comercio y artículo 3 de la Ley 1858 de 2008, acredito que la Sociedad Fiduciaria [Nombre de la fiduciaria, consorcio o unión temporal] se ajusta en todo a las normas que le son aplicables del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero o Decreto 663 de 1993, en especial, lo relacionado con el patrimonio mínimo requerido.

Para el caso de las propuestas presentadas por proponente plurales (consorcios y uniones temporales) cada uno de sus integrantes deberá cumplir este requisito.

Nota 1: Dicho certificado deberá ser expedido con una anticipación no mayor a 30 días calendario de la fecha de cierre del proceso

Con la presentación de este documento en el SECOP II se entiende firmado por el representante legal y obliga en todo su contenido al proponente.

	HOSPITAL SAN RAFAEL YOLOMBÓ	Código: GA-FR-29
		Versión: 01
	TÉRMINOS DE REFERENCIA	Fecha de Aprobación: 28/06/2021
		Páginas: 9 de 27

FORMATO No. 8
CONTROL AL LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO – SARLAFT

Lugar y fecha _____

Señores
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN RAFAEL
Yolombó

REFERENCIA: INVITACION PÚBLICA

[Nombre del representante legal o de la persona natural Proponente], identificado como aparece al pie de mi firma, [obrando en mi propio nombre o en mi calidad de representante legal de] [nombre del Proponente], acredito que la Sociedad Fiduciaria [Nombre de la fiduciaria, consorcio o unión temporal] cumple con las normas legales vigentes en materia de control al lavado de activos y financiación del terrorismo.

Para el caso de las propuestas presentadas por proponente plurales (consorcios y uniones temporales) cada uno de sus integrantes deberá cumplir este requisito.

Nota 1: Dicho certificado deberá ser expedido con una anticipación no mayor a 30 días calendario de la fecha de cierre del proceso.

Nota 2: Para efectos de esta certificación téngase en cuenta lo previsto en la Circular Básica Jurídica (C.E. 006 de 2025) de la Superintendencia Financiera, así como por lo establecido en la Circular Externa 011 de 2022 para efectos de las instrucciones relativas a la administración del riesgo de lavado de activos y de la financiación del terrorismo.

Así mismo, debe contar con procedimientos específicos para identificar y analizar y evitar operaciones inusuales o daño reputacional de conformidad con la normatividad vigente aplicable para tal fin

Con la presentación de este documento en el SECOP II se entiende firmado por el representante legal y obliga en todo su contenido al proponente.

	HOSPITAL SAN RAFAEL YOLOMBÓ	Código: GA-FR-29
		Versión: 01
	TÉRMINOS DE REFERENCIA	Fecha de Aprobación: 28/06/2021
		Páginas: 10 de 27

FORMATO No. 9

SISTEMA DE INFORMACIÓN TIPO PLATAFORMA TECNOLÓGICA

CON CARACTERÍSTICAS ADICIONALES

Yo, _____, en calidad de (Proponente o representante legal) para el caso de las personas jurídicas, consorcio o unión temporal, identificado con la cédula de ciudadanía _____ de _____, oferto sin costo adicional para la ESE, un Sistema de información tipo plataforma tecnológica con características adicionales a las descritas en el capítulo de Obligaciones que permita la consulta, generación y descarga de reportes e informes de la operación, de manera autónoma mediante usuario y contraseña por parte del fideicomitente y/o su(s) designado(s) con las siguientes características:

CARACTERÍSTICAS MÍNIMAS	CARACTERÍSTICAS OFRECIDAS
La Fiduciaria deberá garantizar al Fideicomitente y/o sus designados: • Consulta de saldos, ejecución presupuestal y pagos realizados. • Registro y trazabilidad de solicitudes de pago, avance de trámites y estado de ejecución contractual. • Generación de reportes parametrizables por períodos, contratos, líneas de inversión, fuentes de financiación, entre otros. • Descarga de documentos soporte asociados a la gestión fiduciaria. • La plataforma deberá permitir exportar datos en formatos compatibles (.xlsx, .csv, .xml), para ser integrados a herramientas propias del Fideicomitente y/o sus designados. • Funcionalidad para que el Fideicomitente y/o sus designados puedan solicitar la activación, modificación o bloqueo de usuarios. • Sistema con trazabilidad de ingresos y archivos consultados. Transferencia Segura de Documentos (Canal SFTP), Para garantizar el acceso a los documentos generados en el marco del contrato de fiducia, la Fiduciaria deberá: Habilitar un canal SFTP (Secure File Transfer Protocol) para el intercambio de información documental sensible (actas, minutas, rendiciones, solicitudes, pagos, comprobantes de consignación, aprobaciones, etc.), los clientes deben establecer conexiones seguras especificando el host (dirección IP o nombre de dominio del servidor), así como el usuario y la contraseña asignados. La conexión debe realizarse utilizando el certificado digital del servidor para habilitar el canal cifrado TLS. Asegurando las siguientes condiciones mínimas: • Acceso cifrado con TLS 1.2 o superior. • Autenticación mediante usuario y contraseña individual para cada	

	HOSPITAL SAN RAFAEL YOLOMBÓ	Código: GA-FR-29
		Versión: 01
	TÉRMINOS DE REFERENCIA	Fecha de Aprobación: 28/06/2021
		Páginas: 11 de 27

- funcionario autorizado. • Carpeta estructurada que pueda vincularse a los proyectos, llaves, contratos, líneas, vigencias o como se establezca en el Manual Operativo. • Accesibilidad 24/7 y retención permanente. • Registro de accesos, descargas y cargas de archivos, con reportes periódicos. • El administrador del sistema deberá notificar cualquier excepción de red necesaria para permitir el acceso al servicio, incluyendo el rango de puertos pasivos que será utilizado por el servidor FTPS.	
---	--

Este formato deberá ser expedido con una anticipación no mayor a 30 días calendario de la fecha de cierre del proceso.

Con la presentación de este documento en el SECOP II se entiende firmado por el representante legal y obliga en todo su contenido al proponente.

	HOSPITAL SAN RAFAEL YOLOMBÓ	Código: GA-FR-29
		Versión: 01
	TÉRMINOS DE REFERENCIA	Fecha de Aprobación: 28/06/2021
		Páginas: 12 de 27

FORMATO No. 10

CARTA DE COMPROMISO PERSONAL ADICIONAL

Lugar y fecha _____

Señores
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN RAFAEL
Yolombó

REFERENCIA: INVITACION PÚBLICA

Yo, _____, en calidad de (Proponente o representante legal) para el caso de las personas jurídicas, consorcio o unión temporal, identificado con la cédula de ciudadanía _____ de _____, oferto sin costo adicional para la ESE HOSPITAL, el personal **adicional permanente representado en _____profesionales de las diferentes disciplinas requeridas en el personal mínimo exigido.**

Nota 1: Para la aplicación de las condiciones establecidas referentes al personal adicional permanente, deberá concertarse entre las partes, los perfiles y las hojas de vida de acuerdo con la necesidad

Con la presentación de este documento en el SECOP II se entiende firmado por el representante legal y obliga en todo su contenido al proponente.

	HOSPITAL SAN RAFAEL YOLOMBÓ	Código: GA-FR-29
		Versión: 01
	TÉRMINOS DE REFERENCIA	Fecha de Aprobación: 28/06/2021
		Páginas: 13 de 27

FORMATO No. 11

SEGUIMIENTO Y VIGILANCIA DE LOS PROCESOS JUDICIALES

Lugar y fecha _____

Señores
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN RAFAEL
Yolombó

REFERENCIA: INVITACION PÚBLICA

Yo, _____, en calidad de (Proponente o representante legal) para el caso de las personas jurídicas, consorcio o unión temporal, identificado con la cédula de ciudadanía _____ de _____, oferto sin costo adicional para la ESE HOSPITAL, entregar un informe periódico semanal que contenga el seguimiento y vigilancia de los procesos judiciales al Fideicomitente y/o su(s) designado(s).

Este formato deberá ser expedido con una anticipación no mayor a 30 días calendario de la fecha de cierre del proceso

Con la presentación de este documento en el SECOP II se entiende firmado por el representante legal y obliga en todo su contenido al proponente.

	HOSPITAL SAN RAFAEL YOLOMBÓ	Código: GA-FR-29
		Versión: 01
	TÉRMINOS DE REFERENCIA	Fecha de Aprobación: 28/06/2021
		Páginas: 14 de 27

FORMATO No. 12
APOYO A LA INDUSTRIA NACIONAL

REFERENCIA: INVITACION PÚBLICA

a. Servicio Origen Nacional o con trato nacional:

Para efectos de la evaluación del factor referido a los servicios de origen nacional o con trato nacional, me permito indicar que, para la ejecución del contrato, ofrezco:

PUNTAJE POR SERVICIO DE ORIGEN NACIONAL O CON TRATO NACIONAL	
CRITERIO DE EVALUACIÓN	INDIQUE EL PORCENTAJE DE VINCULACIÓN DE PERSONAL NACIONAL
VINCULAR a MINIMO el 40% de empleados o contratistas por prestación de servicios colombianos del total de empleados y contratistas asociados al cumplimiento del contrato.	_____ %

b. Incorporación de servicios colombianos (este ítem SOLO se marca en caso de proponente extranjero sin trato nacional. Los proponentes nacionales no deben marcar este ítem.)

Para efectos de la evaluación del factor referido a los servicios de origen extranjero sin trato nacional, me permito indicar que, para la ejecución del contrato, ofrezco

PUNTAJE POR INCORPORACIÓN DE NACIONALES EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO EXTRANJERO	
CRITERIO DE EVALUACIÓN	INDIQUE EL PORCENTAJE DE VINCULACIÓN DE PERSONAL NACIONAL
VINCULAR a MINIMO al 90% del recurso humano requerido para la prestación del servicio sea de origen nacional.	_____ %

En todo caso nos obligamos a cumplir y mantener el ofrecimiento realizado en este documento en la ejecución del contrato, en caso de resultar adjudicatarios del proceso, so pena de hacerme acreedor a las sanciones de ley contempladas en el contrato.

NOTA 1: En caso de incluir dentro de mi oferta servicios con incorporación de componente nacional, garantizo que no disminuiré el porcentaje de incorporación en la ejecución del contrato.

NOTA 2. LOS PROPONENTES DE ORIGEN NACIONAL O CON TRATO NACIONAL DEBEN DILIGENCIAR ÚNICAMENTE EL LITERAL (A) y LOS PROPONENTES EXTRANJEROS SIN DERECHO A TRATO NACIONAL, DEBEN DILIGENCIAR ÚNICAMENTE EL LITERAL (B)

NOTA 3: En el evento que un proponente marque el recuadro que NO le corresponde según el criterio o marque los dos recuadros (literales a y b) se entenderá no presentado y dará lugar a que la propuesta obtenga cero (0) puntos de calificación por este concepto.

NOTA 4. Si el presente FORMATO APOYO A LA INDUSTRIA NACIONAL no es diligenciado de conformidad con lo establecido en los TERMINOS DE REFERENCIA, dará lugar a que la propuesta obtenga cero (0) puntos de calificación por este concepto.

Con la presentación de este documento en el SECOP II se entiende firmado por el representante legal y obliga en todo su contenido al proponente.

	HOSPITAL SAN RAFAEL YOLOMBÓ	Código: GA-FR-29
		Versión: 01
		Fecha de Aprobación: 28/06/2021
	TÉRMINOS DE REFERENCIA	Páginas: 15 de 27

FORMATO No. 13

CERTIFICADO DE PARTICIPACIÓN INDEPENDIENTE DEL PROPONENTE

_____ identificado con cédula de ciudadanía No _____ en calidad de representante legal de _____ identificado con Nit. _____ en mi calidad representante legal del proponente dentro de la Invitación Pública, suscribo de manera unilateral el presente certificado de participación independiente de la propuesta y declaro bajo la gravedad del juramento:

Ni la entidad que represento, ni la propuesta que se presenta en el proceso de la referencia se encuentran incurso en prácticas de colusión o restrictivas de la competencia con otras empresas o con el mercado.

Los precios de esta oferta han sido determinados de manera independiente, sin que, con el fin de restringir la competencia, haya existido cualquier consulta, comunicación o acuerdo con cualquier otro oferente o competidor en relación con (i) los precios, (ii) la intención de presentar una oferta, o (iii) los métodos o factores utilizados para calcular los precios ofrecidos.

No hemos tenido comunicación con otro competidor sobre aspectos del proceso de contratación adelantado por la ESE

No hemos revelado los términos de nuestra oferta ni nuestro interés en participar en el proceso a algún competidor.

No hemos invitado a otra empresa para hacer una oferta, o dejar de hacer una oferta, con el fin de restringir la competencia dentro del proceso de contratación adelantado por la ESE

Que en el evento de conocer que en relación con el proceso de selección adelantado por ESE HOSPITAL en el mercado se presentan prácticas restrictivas de la competencia, me comprometo a poner en conocimiento de la ESE y la Superintendencia de Industria y Comercio y demás autoridades competentes dichos hechos.

La propuesta que presentamos es acorde a la libre competencia efectiva en los procesos de selección, con precios acordes al mercado, en concordancia a lo dispuesto en las Leyes 155 de 1959 y 1340 de 2009, y los Decretos 2153 de 1992 y 3523 de 2009, el Decreto 4886/11 y el artículo 27 de la Ley 1474 de 2011; guardando armonía con lo establecido en los principios de la contratación pública y postulados de la Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007 y el Decreto 1082 de 2015.

Que conozco que la Ley 1474 de 2011-Estatuto Anticorrupción-en su artículo 27 estableció que “ACUERDOS RESTRICTIVOS DE LA COMPETENCIA. La Ley 599 de 2000 tendrá un artículo 410A, el cual quedará así: El que en un proceso de licitación pública, subasta pública, selección abreviada o concurso se concertare con otro con el fin de alterar ilícitamente el procedimiento contractual incurrirá en prisión de seis (6) a doce (12) años y multa de doscientos (200) a mil (1.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes e inhabilidad para contratar con entidades estatales por ocho (8) años.

PARÁGRAFO: El que en su condición o delator o clemente mediante resolución en firme obtenga exoneración total de la multa a imponer por parte de la Superintendencia de Industria y Comercio en una investigación por acuerdo anticompetitivos en un proceso de contratación pública obtendrá los siguientes beneficios: reducción de la pena en una tercera parte, un 40% de la multa a imponer y una inhabilidad para contratar con entidades estatales por cinco (5) años.

Bajo la gravedad del juramento, que se entiende prestado al firmar esta carta manifiesto que no me encuentro ni personal ni corporativamente, ni la sociedad que represento, incurso en ninguna de las causales de inhabilidad o incompatibilidad previstas en las normas legales, ni en conflicto de intereses.

Que ninguna otra persona o entidad, diferentes de las nombradas aquí, tienen participación en esta oferta o en el contrato que será resultado de este proceso y que, por lo tanto,

	HOSPITAL SAN RAFAEL YOLOMBÓ	Código: GA-FR-29
		Versión: 01
	TÉRMINOS DE REFERENCIA	Fecha de Aprobación: 28/06/2021
		Páginas: 16 de 27

solamente los firmantes están vinculados a dicha oferta.

Garantizo que no tengo participación en varias propuestas presentadas para el presente proceso de selección ya sea en forma individual o en calidad de integrante de un consorcio o unión temporal, o en sus órganos directivos y/o accionistas, filiales o subordinadas de alguna matriz o de algún holding empresarial.

Finalmente, manifiesto que la propuesta que presento en el presente proceso de selección no ha sido participe de prácticas restrictivas de la competencia ni de prácticas colusorias, por lo que participa en condiciones de transparencia y competitividad en el mercado de compras públicas.

Ciudad y fecha

Nombre del proponente:

Dirección:

Ciudad:

Teléfono:

Correo electrónico:

Nit:

Firma del representante legal y cédula de ciudadanía

	HOSPITAL SAN RAFAEL YOLOMBÓ		Código: GA-FR-29
	TÉRMINOS DE REFERENCIA		Versión: 01
			Fecha de Aprobación: 28/06/2021
			Páginas: 1 de 27

FORMATO 14

PREVENCIÓN DE CORRUPCIÓN EN LA CONTRATACIÓN PÚBLICA

VERIFICACIÓN EXISTENCIA DE SITUACIONES DE CONTROL

_____ identificado con cédula de ciudadanía No _____ en calidad de representante legal de _____ identificado con Nit. _____ en mi calidad representante legal del proponente dentro de la Invitación Pública, suscribo de manera unilateral el presente certificado de participación independiente de la propuesta y declaro bajo la gravedad del juramento

Manifiesto que una vez verificada la lista de proponentes que presentaron oferta dentro del presente proceso de selección, he podido constatar que dentro del presente proceso SI () NO () se encuentra participando persona jurídica alguna que ejerza o con la cual me encuentre en situación de control empresarial (controlantes, controladas o con la cual se comparta alguna de estas condiciones con otras personas que se encuentren participando en éste mismo proceso de contratación).

Para el caso de los proponentes plurales, deberán indicar claramente si las personas jurídicas que los conforman se encuentran en alguna de las situaciones descritas anteriormente.

(En el evento de marcar SI (X) deberá diligenciar e indicar el nombre de la(s) personas jurídicas que participan en el presente proceso de selección y con las cuales se encuentre en situación de control empresarial (controlantes, controladas o con la cual se comparta alguna de estas condiciones con otras personas que se encuentren participando en éste mismo proceso de contratación).

NOMBRE DE LA PERSONA JURÍDICA

CONTROLANTE O CONTROLADA

En este sentido, los proponentes deberán allegar por mensaje a través de la plataforma SECOP II en el proceso de selección, el presente documento suscrito por el representante legal, en la cual se señale la existencia o no de las citadas situaciones, dentro de los tres (3) días siguientes al cierre definitivo para la presentación de ofertas, conforme al cronograma establecido para el mismo.

	HOSPITAL SAN RAFAEL YOLOMBÓ		Código: GA-FR-29
	TÉRMINOS DE REFERENCIA		Versión: 01
			Fecha de Aprobación: 28/06/2021
			Páginas: 2 de 27

FORMATO No. 15

ACREDITACIÓN DE PLANTA DE PERSONAL Y
 TRABAJADORES CON DISCAPACIDAD

Yo, _____, identificado con la cédula de ciudadanía No. _____ expedida en _____, actuando en calidad de _____ (Persona natural, representante legal o revisor fiscal), mediante la presente certificó que a la fecha de cierre del proceso, el número total de trabajadores de la planta de personal de _____ (Incluir nombre del proponente) corresponde a _____ (Colocar el número de personas de la planta de personal) y el número de trabajadores en condición de discapacidad, que corresponde a _____.

Nota: Se deberá anexar copia del certificado expedido por el Ministerio de Trabajo que acredite la situación de discapacidad.

Dada a los _____ días del mes de _____ de 2026.

FIRMA
 (representante legal o revisor fiscal si fuere el caso)
 C.C No.
 T.P. No.

Nota: Cuando el proponente se encuentra obligado a contar con revisor fiscal, este formato deberá ser suscrito por el revisor fiscal.

	HOSPITAL SAN RAFAEL YOLOMBÓ		Código: GA-FR-29
			Versión: 01
			Fecha de Aprobación: 28/06/2021
	TÉRMINOS DE REFERENCIA		Páginas: 3 de 27

FORMATO No. 16

FORMATO DE PROPUESTA ECONÓMICA

(SE DEBE DILIGENCIAR EL FORMATO EXCEL)

	HOSPITAL SAN RAFAEL YOLOMBÓ		Código: GA-FR-29
	TÉRMINOS DE REFERENCIA		Versión: 01
			Fecha de Aprobación: 28/06/2021
			Páginas: 4 de 27

FORMATO No. 17

CERTIFICACIÓN MADRE CABEZA DE FAMILIA

Señores
ESE HOSPITAL SAN RAFAEL
Yolombó

REFERENCIA: INVITACIÓN PÚBLICA.

ASUNTO: Certificación madre cabeza de familia

Los suscritos a saber, _____(incluir nombre del representante legal o revisor fiscal si se encuentra obligado a tenerlo), actuando en representación de ____, (indicar nombre del proponente), declaramos bajo la gravedad de juramento, que la sociedad tiene vinculadas a la estructura societaria a las siguientes personas: (Indicar a continuación el nombre y número de cédula de las personas que se encuentran vinculadas a la empresa y respecto de las cuales se aportan las pruebas correspondientes, para acreditar la situación de madre cabeza de familia)

En constancia, se firma en_____, a los ____días del mes de _____de 2026.

[Nombre y firma del representante legal o revisor fiscal, según corresponda] Obligatorio

Nota: Se deben aportar los documentos establecidos en este criterio de desempate.

	HOSPITAL SAN RAFAEL YOLOMBÓ	Código: GA-FR-29
		Versión: 01
	TÉRMINOS DE REFERENCIA	Fecha de Aprobación: 28/06/2021
		Páginas: 5 de 27

FORMATO No. 18

CERTIFICACIÓN MÚJER VÍCTIMA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Señores

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL

Yolombó

REFERENCIA: INVITACIÓN PÚBLICA.

ASUNTO: Certificación mujer víctima de violencia intrafamiliar

Los suscritos a saber, _____(incluir nombre del representante legal o revisor fiscal si se encuentra obligado a tenerlo), actuando en representación de _____ (indicar nombre del proponente), declaramos bajo la gravedad de juramento, que la sociedad tiene vinculadas a la estructura societaria a las siguientes personas: (Indicar a continuación el nombre y número de cédula de las personas que se encuentran vinculadas a la empresa y respecto de las cuales se aportan las pruebas correspondientes, para acreditar la situación de mujer víctima de violencia intrafamiliar)

En constancia, se firma en _____, a los ____días del mes de _____de 2026.

[Nombre y firma de del representante legal o revisor fiscal, según corresponda] obligatorio

Nota: Se deben aportar los documentos establecidos en este criterio de desempate, adicionalmente diligenciar el formato No. 23 contenido en estos TERMINOS, y marcar el documento en la plataforma SECOP II como confidencial, en caso de no marcarlo la entidad estatal lo hará.

	HOSPITAL SAN RAFAEL YOLOMBÓ		Código: GA-FR-29
			Versión: 01
			Fecha de Aprobación: 28/06/2021
	TÉRMINOS DE REFERENCIA		Páginas: 6 de 27

FORMATO No. 19

CERTIFICACIÓN VINCULACIÓN EN MAYOR PROPORCIÓN DE PERSONAS MAYORES QUE NO SEAN BENEFICIARIOS DE LA PENSIÓN DE VEJEZ, FAMILIAR O DE SOBREVIVENCIA Y QUE HAYAN CUMPLIDO EL REQUISITO DE EDAD DE PENSIÓN ESTABLECIDO EN LA LEY.

Señores
 ESE HOSPITAL SAN RAFAEL
 Yolombó

REFERENCIA: INVITACIÓN PÚBLICA.

Asunto: Certificación vinculación personas mayores.

Los suscritos a saber, _____ (Incluir el nombre de la persona natural o el representante legal del proponente plural (consorcio o unión temporal) o del representante legal de la persona jurídica o el revisor fiscal (Si está obligado a tenerlo), según corresponda), actuando en representación de _____,indicar nombre del proponente), declaro bajo la gravedad de juramento, que (la sociedad o el nombre de los integrantes del proponente plural, según corresponda) tiene (n) vinculadas _____ (incluir el número de personas vinculadas en su nómina) personas en su nómina, de las cuales _____ (incluir el número de trabajadores que no son beneficiarios de la pensión de vejez, familiar o de sobrevivencia y que cumplieron el requisito de edad de pensión) no son beneficiarios de la pensión de vejez, familiar o de sobrevivencia y cumplieron el requisito de edad de pensión y tienen una vinculación igual o mayor a un (1) año contado a partir de la fecha del cierre del presente proceso, y son las que a continuación se relacionan:

(Indicar a continuación el nombre y número de cédula de las personas que se encuentran vinculadas a la empresa y respecto de las cuales se aportan las pruebas correspondientes, para acreditar la situación de personas mayores, indicando:

NOMBRE	CÉDULA	EDAD	BENEFICIARIO PENSION VEJEZ, FAMILIAR O SOBREVIVENCIA		Cumple el requisito de edad de pensión establecido en la Ley	
			SI	NO	SI	NO

En constancia, se firma en _____, a los _____días del mes de _____de 2026.

Nombre:

Firma:

[Nombre y Firma de la persona natural o el representante legal del proponente plural (consorcio o unión temporal) o representante legal de la persona jurídica o el revisor fiscal (Si está obligado a tenerlo

NOTA 1: Solo se tendrá en cuenta la vinculación de aquellas personas que se encuentren en las condiciones descritas y que hayan estado vinculadas con una anterioridad igual o mayor a un (1) año contado a partir de la fecha del cierre del proceso. Para los casos de constitución inferior a un

(1) año, se tendrá en cuenta a aquellos que hayan estado vinculados desde el momento de la constitución de la persona jurídica.

Nota 2: El proponente que pretenda hacer valer esta condición dentro del presente proceso, deberá adjuntar los soportes y la documentación indicada en el numeral 4 del título IX. CRITERIOS DE DESEMPATE del TERNINOS DE REFERENCIA y en el Decreto Reglamentario 1860 de 202

	HOSPITAL SAN RAFAEL YOLOMBÓ	Código: GA-FR-29
		Versión: 01
	TÉRMINOS DE REFERENCIA	Fecha de Aprobación: 28/06/2021
		Páginas: 7 de 27

FORMATO No. 20

CERTIFICACIÓN VINCULACIÓN DEL DIEZ POR CIENTO (10%) DE SU NÓMINA PERTENECE A POBLACIÓN INDÍGENA, NEGRA, AFROCOLOMBIANA, RAIZAL, PALANQUERA, RROM O GITANAS

Señores
ESE HOSPITAL SAN RAFAEL
Yolombó

REFERENCIA: INVITACIÓN PÚBLICA.

ASUNTO: CERTIFICACIÓN VINCULACIÓN DIEZ POR CIENTO (10%) DE SU NÓMINA PERTENECE A POBLACIÓN INDÍGENA, NEGRA, AFROCOLOMBIANA, RAIZAL, PALANQUERA, ROM O GITANAS

Los suscritos a saber, (incluir nombre del representante legal o revisor fiscal, si se encuentra obligado a tenerlo), actuando en representación de ____, (indicar nombre del proponente), declaramos bajo la gravedad de juramento, que la sociedad tiene vinculadas a la estructura societaria a las siguientes personas: (Indicar a continuación el nombre y número de cédula de las personas que se encuentran vinculadas a la empresa y respecto de las cuales se aportan las pruebas correspondientes, para acreditar la situación de personas pertenece a población indígena, negra, afrocolombiana, raizal, palanquera, rom o gitanas.

En constancia, se firma en ____, a los _____días del mes de ____de 2026.

[Nombre y firma del representante legal o revisor fiscal, según corresponda]

Nota: Se deben aportar los documentos establecidos en este criterio de desempate, adicionalmente diligenciar el formato No. 23 contenido en estos TERMINOS, y marcar el documento en la plataforma SECOP II como confidencial, en caso de no marcarlo la entidad estatal lo hará.

	HOSPITAL SAN RAFAEL YOLOMBÓ		Código: GA-FR-29
			Versión: 01
			Fecha de Aprobación: 28/06/2021
	TÉRMINOS DE REFERENCIA		Páginas: 8 de 27

FORMATO No. 21

CERTIFICACIÓN VINCULACIÓN PERSONAS EN PROCESO DE REINTEGRACIÓN O REINCORPORACIÓN O DE LA PERSONA JURÍDICA EN LA CUAL PARTICIPE O PARTICIPEN MAYORITARIAMENTE; O, LA DE UN PROPONENTE PLURAL CONSTITUIDO POR PERSONAS EN PROCESO DE REINCORPORACIÓN, Y/O PERSONAS JURÍDICAS EN LAS CUALES PARTICIPE O PARTICIPEN MAYORITARIAMENTE

Señores
 ESE HOSPITAL SAN RAFAEL
 Yolombó

REFERENCIA: INVITACIÓN PÚBLICA.

ASUNTO: CERTIFICACIÓN VINCULACIÓN PERSONAS EN PROCESO DE REINTEGRACIÓN O REINCORPORACIÓN

Los suscritos a saber, _____ (incluir nombre del representante legal o revisor fiscal, si se encuentra obligado a tenerlo), actuando en representación de _____, (indicar nombre del proponente), declaramos bajo la gravedad de juramento, que la sociedad tiene vinculadas a la estructura societaria a las siguientes personas: (Indicar a continuación el nombre y número de cédula de las personas que se encuentran vinculadas a la empresa y respecto de las cuales se aportan las pruebas correspondientes, para acreditar la situación de personas en proceso de reintegración o reincorporación.

En constancia, se firma en _____, a los __ días del mes de _____ de 2026.

[Nombre y firma del representante legal o revisor fiscal, según corresponda]

Nota: Se deben aportar los documentos establecidos en este criterio de desempate, adicionalmente diligenciar el formato No. 23 contenido en estos TERMINOS, y marcar el documento en la plataforma SECOP II como confidencial, en caso de no marcarlo la entidad estatal lo hará

	HOSPITAL SAN RAFAEL YOLOMBÓ		Código: GA-FR-29
	TÉRMINOS DE REFERENCIA		Versión: 01
			Fecha de Aprobación: 28/06/2021
			Páginas: 9 de 27

FORMATO No. 22

CERTIFICADO PAGOP REALIZADO A MIOPYMES

Señores

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL

Yolombó

REFERENCIA: INVITACIÓN PÚBLICA.

ASUNTO: CERTIFICACIÓN PAGO REALIZADO A MIPYMES.

Los suscritos a saber, _____(incluir nombre del representante legal y revisor fiscal para las empresas obligadas por ley o nombre del representante legal y contador, para las empresas que no se encuentren obligadas), actuando en representación de _____, (indicar nombre del proponente), declaramos bajo la gravedad de juramento, que la sociedad realizó (Indicar los pagos realizados por concepto de proveeduría del oferente, el valor total en pesos colombianos de pagos realizados a mipymes, cooperativas o asociaciones mutuales por concepto de proveeduría del oferente y el porcentaje resultando de dichos valores) _____.

En constancia, se firma en _____, a los _____días del mes de _____de 2026.

_____[Nombre y firma de del representante legal y revisor fiscal para las empresas obligadas por ley o nombre y firma del representante legal y contador, según corresponda]

Nota: se deben aportar los estados financieros o información contable con corte a 31 de diciembre del año anterior.

	HOSPITAL SAN RAFAEL YOLOMBÓ		Código: GA-FR-29
	TÉRMINOS DE REFERENCIA		Versión: 01
			Fecha de Aprobación: 28/06/2021
			Páginas: 10 de 27

FORMATO No. 23

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

(EL PRESENTE FORMATO LO DILIGENCIARÁ TODA PERSONA (PROPONENTE, SOCIA O TRABAJADOR) QUE AL MOMENTO DE PRESENTAR SU OFERTA CONTENGA DATOS SENSIBLES, PARA QUE LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE GARANTICE EL TRATAMIENTO ADECUADO A ESTOS DATOS)

Señores

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL

Yolombó

REFERENCIA: INVITACIÓN PÚBLICA

Cumpliendo la Ley 1581 de 2012 “Por el cual se dictan disposiciones para la protección de datos personales” y conforme al Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por el ESE HOSPITAL de lo siguiente:

LA ESE HOSPITAL actuará como responsable del tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, almacenar y usar mis datos personales para hacer efectivo el factor de desempate previsto en los TERMINOS DE REFERENCIA, relacionados con la acreditación de ser víctima de violencia intrafamiliar, persona en proceso de reintegración o reincorporación, o persona perteneciente a la población indígena, negra, afrocolombiana raizal, palenquera, Rom, o gitanas o personas mayores que no sean beneficiarios de la pensión de vejez, familiar o de sobrevivencia.

Finalidad	AUTORIZA	
	SI	NO
Hacer efectivo el factor de desempate para la acreditación de una mujer víctima de violencia intrafamiliar, o persona perteneciente a la población indígena, o negra, o afrocolombiana o raizal, o palenquera, Rom, o gitanas, o persona en proceso de reintegración o reincorporación		

Entiendo que son datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del titular o cuyo uso indebido puede generar 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 con la salud, la vida sexual y los datos biométricos.

Manifiesto que me informaron que los datos sensibles que se recolectarán serán utilizados para hacer efectivo el criterio de desempate previsto en el TERNINOS DE REFERENCIA, relacionados con la acreditación de ser víctima de violencia intrafamiliar, integrante de la población indígena, negra, afrocolombiana raizal, palenquera, Rom, o gitanas, o persona en proceso de reintegración o reincorporación o personas mayores que no sean beneficiarios de la pensión de vejez, familiar o de sobrevivencia.

Derechos del titular Sus derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y en la Ley 1581 de 2012, especialmente los siguientes:

- Acceder en forma gratuita a los datos proporcionados que hayan sido objeto de tratamiento.
- Solicitar la actualización y rectificación de su información frente a los datos parciales,

	HOSPITAL SAN RAFAEL YOLOMBÓ	Código: GA-FR-29
		Versión: 01
	TÉRMINOS DE REFERENCIA	Fecha de Aprobación: 28/06/2021
		Páginas: 11 de 27

- inexactos, incompletos.

 - Solicitar prueba de la autorización otorgada.
 - Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la normatividad vigente.
 - Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato, a menos que exista un deber legal o contractual que haga imperativo conservar la información.
 - Abstenerse de responder las preguntas sobre datos sensibles o sobre datos de las niñas y niños y adolescentes.

Por todo lo anterior, he otorgado mi consentimiento a LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL YOLOMBÓ para que trate mi información personal de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales.

Manifiesto que la presente autorización me fue solicitada y puesta de presente antes de entregar mis datos y que la suscribo de forma libre y voluntaria una vez leída en su totalidad.

Nombre: [Incluir nombre del titular de la autorización datos sensibles para la autorización de datos]
 Firma: [Incluir firma del titular]
 Identificación: [Incluir número de identificación del titular de datos sensibles]
 Fecha: [Fecha en que se puso de presente la autorización y entregó sus datos]