

Por el presente escrito declaro que conozco y me comprometo a cumplir con el Programa de Transparencia y Ética Empresarial, el Código de Integridad y el Protocolo para la Gestión de Conflicto de Interés publicados en CALIPSU, documentos que forman parte del conjunto de normas obligatorias de conducta y acciones que los colaboradores, proveedores y/o clientes del **Hospital Alma Máter de Antioquia**, deben cumplir en el desempeño de mis funciones y obligaciones contractuales.

Yo _____, identificado con el documento de identidad C.C. ____ O C.E. ____ número _____ de _____ actuando en nombre propio, declaro que:

1. Tengo un conflicto de interés relacionado con mi posición jerárquica el cual puede estar relacionado con generar beneficios personales directos o indirectos sobre terceros o subalternos.

- SI
 NO

Si la respuesta es afirmativa, explique la situación que está generando dicho conflicto.

2. Tengo un conflicto de interés relacionado con la asignación de la función de vigilancia, supervisión, verificación o de jefe inmediato sobre un familiar, sin importar el grado de consanguinidad, afinidad o civil, sobre mi pareja sentimental o sobre un tercero con quien tengo vinculo en sociedad comercial.

- SI
 NO

Si la respuesta es afirmativa, explique la situación que está generando dicho conflicto.

3. Tengo un conflicto de interés relacionado con la sociedad en empresas proveedoras, debido a que se presentan una o más situaciones afines a: inversiones a nombre propio, de un familiar, relaciones sentimentales o familiares con colaboradores o dueños de las empresas proveedores del Hospital Alma Máter de Antioquia.

- SI
 NO

Si la respuesta es afirmativa, explique la situación que está generando dicho conflicto.

4. Tengo un conflicto de interés con un proveedor contratado por el Hospital Alma Máter de Antioquia debido a que fui representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de Junta Directiva o socio de la empresa.

- SI
 NO

Si la respuesta es afirmativa, explique la situación que está generando dicho conflicto.

Le informamos que el Hospital Alma Máter de Antioquia obtiene sus datos de conformidad con las POLÍTICAS DE TRATAMIENTO Y PROTECCION DE DATOS PERSONALES, las cuales se encuentran acordes con la Ley 1581 de 2012 y del Decreto 1377 de 2013, pueden ser consultadas en la página web <http://almamater.hospital>

5. Tengo un conflicto de interés con relacionado con las funciones de mi cargo debido a que realizo consultorías o trabajos relacionados con las funciones que desempeño en el Hospital Alma Máter de Antioquia, sin autorización expresa por parte del Coordinador de Talento Humano o la Dirección General

- SI
 NO

Si la respuesta es afirmativa, explique la situación que está generando dicho conflicto.

6. Tengo un conflicto de interés porque trabajo en la misma área o servicio con un familiar y dependo del mismo jefe.

- SI
 NO

Si la respuesta es afirmativa, explique la situación que está generando dicho conflicto.

7. Describa a continuación otros tipos de situaciones que puedan generar un potencial conflicto de interés que no hayan sido abordados en las tipologías anteriores.

En caso que, con posterioridad a la presente declaración se presenten situaciones potenciales que puedan considerarse como posibles Conflictos de Interés, me comprometo a reportarlas oportunamente a mi jefe inmediato y al correo electrónico comite.buengobierno@almamater.hospital de tal manera que puedan tomarse las medidas correctivas del caso.

Asumo, a través de la firma del presente compromiso, las consecuencias previstas en el Reglamento Interno de Trabajo en caso de no declararse un conflicto de interés que se haya presentado.

Para constancia de lo anterior, se firma el presente documento en Medellín, el día ____ del mes _____ del año _____

Firma: _____

Correo electrónico: _____

Celular: _____

| INSTRUCTIVO | | |
|--|---|-------------|
| ITEM | DESCRIPCIÓN | RESPONSABLE |
| Yo | Diligenciar el nombre completo del colaborador | Colaborador |
| Documento de identidad C.C. ____ O C.E | Marcar con una X si corresponde a la cedula de ciudadanía o cedula de extranjería | Colaborador |
| Número | Ubicar el número de la cedula, así mismo ubicar la ciudad o municipio de expedición | Colaborador |
| Para constancia de lo anterior, se firma el presente documento en Medellín, el día ____ del mes _____ del año _____. | Indicar la fecha en la cual está diligenciando la declaración. | Colaborador |
| Seguidamente debe diligenciar cada uno de los numerales que desarrollan el documento, donde debe seleccionar Sí, justificando la respuesta o NO, en este caso el campo de descripción no aplica. | | |
| En la parte última de la declaración debe nuevamente diligenciar la información personal. Una vez el documento este totalmente diligenciado debe anexarlo con los demás documentos solicitados a la Coordinación de Talento Humano | | |

CONTROL DE ERRORES

| CONTROL DE ERRORES | | |
|--------------------|-------|---------------------|
| CONSECUTIVO | FECHA | CORRECCIÓN VARIABLE |
| | | |
| | | |

CONTROL DE CAMBIO |

| CONTROL DE CAMBIOS | | |
|--------------------|-------------------------------|---|
| FECHA Y VERSIÓN | DESCRIPCIÓN | RESPONSABLE DE REALIZAR EL CAMBIO |
| DD/MM/AAAA V01 | Describir el cambio realizado | Persona responsable de realizar el cambio |
| | | |