CARTA COMPROMISO PARA LA APLICACIÓN AL PROYECTO "ESTIMACIÓN DE LA HUELLA DE CARBONO DEL SECTOR SALUD EN COLOMBIA"

Ciudad y fecha

Ministerio de Salud y Protección Social
Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible
Salud sin Daño
P R E S E N T E

ASUNTO: Convocatoria para participar en el proyecto "Estimación de la huella de carbono del sector salud en Colombia"

La Institución de servicios de salud _____ con NIT _____ y registro especial de salud (habilitación) _____ ubicada en el municipio de _____, correspondiente al departamento _____, por medio del presente documento manifiesta el interés de participar en el **proyecto "Estimación de la huella de carbono del sector salud en Colombia"**, habiendo completado el formulario de registro correspondiente.

Para fines del seguimiento a las actividades que deriven de su participación en esta convocatoria, designa como representante a _____ con cargo _____, perteneciente al área/unidad/departamento de _____, con correo electrónico de contacto _____ y número de teléfono _____.

De ser seleccionada para participar en el proyecto, la institución se compromete a cumplir con los requerimientos y actividades propios del mismo, y para tal efecto confirma que las autoridades competentes:

1. Han leído las bases de la convocatoria para el proyecto “Estimación de huella de carbono del sector salud en Colombia” y manifiestan cumplir con los requisitos descritos en su apartado 4.

2. Entienden que la inscripción a esta convocatoria les compromete a realizar las actividades descritas en el apartado 2 de las bases en caso de que la institución resulte seleccionada.

3. Certifican que la participación en este proyecto es de carácter voluntario y que no existe remuneración alguna o cobro económico durante o al finalizar el proyecto.

4. Autorizan a las instituciones convocantes para tratar y procesar los datos consignados, y así formar parte del informe de divulgación nacional para socializar los resultados del proyecto, conforme a lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, así como a la política de privacidad y términos de uso de Salud sin Daño.

_____

Firma del / de la representante legal
Nombre completo
Correo
Teléfono de contacto