

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

En relación con el expediente **A/OBR-034445/2025**, cuyo objeto es "**OBRAS DE REFORMA DE ESPACIOS PARA AMPLIACIÓN DE ÁREAS DE SOPORTE DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN**," se informa, que todas las empresas interesadas en la licitación, deberán solicitar la documentación correspondiente al **PROYECTO** a través del correo electrónico: **montserrat.cadenas@salud.madrid.org**, **angela.callejon@salud.madrid.org** y **mariaangeles.garcia.gonzalez@salud.madrid.org** con un mensaje indicando el correo electrónico para la remisión del correspondiente enlace al PROYECTO, por el Servicio de Contratación Administrativa del Hospital General Universitario "Gregorio Marañón", que incluya además compromiso de confidencialidad conforme al modelo adjunto.

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN

EXPEDIENTE N° A/OBR-034445/2025

OBJETO: OBRAS DE REFORMA DE ESPACIOS PARA AMPLIACIÓN DE ÁREAS DE SOPORTE DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN.

D./Dña _____, con DNI/NIE número _____, en representación de la empresa _____, con NIF número _____, en calidad de _____, con capacidad legal para obligarse y en relación con el expediente indicado.

Dado que el Hospital General Universitario “Gregorio Marañón” se considera una infraestructura crítica, el firmante se compromete y queda expresamente obligado:

A mantener absoluta confidencialidad y reserva sobre la documentación e información solicitada y que se le proporciona con la finalidad de que pueda estudiar y en su caso, elaborar y presentar oferta para la licitación del mencionado procedimiento.

Únicamente utilizará la información facilitada para el fin mencionado anteriormente, por lo que no podrá reproducirla, modificarla, hacerla pública o divulgarla a terceros. Tal información sólo podrá tener como destinatarios los sujetos que lo requieran para la concreta ejecución del propósito expuesto.

El solicitante, se obliga a custodiar la documentación entregada, siendo el único responsable de su uso indebido, pérdida o cualquier circunstancia análoga que se produzca, ya sea dolosa o por mera negligencia, reservándose el Hospital las acciones que le pudieran corresponder.

El abajo firmante se compromete a cumplir la Política de seguridad de la información en el ámbito de la Administración Electrónica y de los sistemas de información de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, publicada mediante la Orden 491/2013, de 27 de junio, y todas las políticas, normas y procedimientos que emanen de la citada Política, así como las que se determinen en materia de seguridad para el tratamiento de datos de carácter personal.

Leído y entendido, el abajo firmante se compromete a cumplir los requisitos arriba indicados.

En _____, a _____ de _____ de 2025

Nombre _____ DNI número _____

Firmado: