**ANEXO 5. Carta de compromiso equipo de trabajo.**

El suscrito \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con C.C. No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en mi condición de Representante Legal de (persona jurídica) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, certifico que en el marco de la ejecución del Programa Mujer Protegida 2.0, y conforme a lo establecido en los términos de referencia, la compañía aseguradora arriba mencionada se compromete a garantizar, dentro del equipo asignado al desarrollo del programa, la participación de al menos un (1) profesional con formación y/o experiencia comprobada en enfoques diferenciales, especialmente en enfoque de género, cumpliendo con al menos una de las siguientes condiciones:

Marque con una (X) la opción u opciones seleccionadas para el cumplimiento del requisito:

☐ Contar con personal actualmente vinculado a la compañía aseguradora que acredite formación y/o experiencia comprobable en enfoque de género.

☐ Designar a una persona del equipo que será formada por la compañía aseguradora mediante diplomados o cursos cortos financiados por la misma.

☐ Asignar personal de la compañía aseguradora que participará en los procesos de formación y acompañamiento técnico que brindará el FONDO MUJER en el marco del programa.

La compañía aseguradora declara que:

* El cumplimiento de esta disposición será verificado durante la ejecución del programa por parte del FONDO MUJER.
* Se garantizará la permanencia del perfil designado o, en su defecto, su reemplazo oportuno con un perfil equivalente en formación o compromiso de formación.
* Se facilitará la participación del perfil en los espacios de formación, articulación y acompañamiento definidos por el programa.

Atentamente,

FIRMA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Representante Legal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.C. No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ expedida en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre o Razón Social: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NIT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_