






	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB																																																				
1																										FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL (CIRCULARES 009/2016 005-5/2022)										CÓDIGO: AP-GF-F-24-04																																												
2	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.																									GESTIÓN FINANCIERA					VERSIÓN: 4																																																	
3																										PÁGINAS: 1 DE 3																																																						
4																										FECHA: 15/06/2022																																																						
5	CIRCULARES: *009 DE 2016 *005-5 DE 2022: "POLÍTICA DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE". SE DEBE DILIGENCIAR EL FORMATO EN SU TOTALIDAD, LO QUE NO APLIQUE O NO CORRESPONDA SE DEBE COLOCAR N/A. NO DEBEN QUEDAR CASILLAS EN BLANCO. LEA DETENIDAMENTE EL FORMATO. DE IGUAL FORMA DEBE ALLEGAR LA TOTALIDAD DE LA DOCUMENTACIÓN.																																																																															
6	CIUDAD/ PAÍS Y FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:										Bogotá, Colombia Bogotá, Colombia 8/12/2022																																																																					
7	1. CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN (MARCA CON X)																																																																															
9	SERVIDOR PUBLICO <input type="checkbox"/>										CONTRATISTA OPS <input checked="" type="checkbox"/>										PARTICULAR <input type="checkbox"/>										OTRO <input type="checkbox"/>										CUAL: _____																																							
11	2. DATOS DE LA PERSONA NATURAL																																																																															
12	PRIMER NOMBRE										SEGUNDO NOMBRE										PRIMER APELLIDO										SEGUNDO APELLIDO:																																																	
13	WASHINGTON										ENRIQUE										MORA										SANTAMARÍA																																																	
14	TIPO DE IDENTIFICACIÓN										No IDENTIFICACIÓN										LUGAR Y FECHA EXPEDICIÓN:(A/M/D)										LUGAR Y FECHA NACIMIENTO:(A/M/D)										NACIONALIDAD																																							
16	CEDULA DE CIUDADANÍA <input type="checkbox"/>																				BOGOTA D.C																																																											
18	CEDULA DE EXTRANJERÍA <input checked="" type="checkbox"/>										287.944										2/02/2018										#####										ECUATORIANA																																							
20	PASAPORTE <input type="checkbox"/>										OTRO <input type="checkbox"/>										CUAL: _____																																																											
22	ESTADO CIVIL										NUMERO DE HIJOS										PERSONAS A CARGO										TELÉFONO CELULAR																																																	
24	SOLTERO(A) <input type="checkbox"/>										CASADO(A) <input checked="" type="checkbox"/>										OTRO CUAL: _____										3										2										3138329907																													
26	NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA																									PROFESIÓN/OFICIO																																																						
28	MAGISTER <input type="checkbox"/>										POSGRADO <input checked="" type="checkbox"/>										UNIVERSITARIO <input type="checkbox"/>										BACHILLER <input type="checkbox"/>										TECNÓLOGO <input type="checkbox"/>										OTRO <input type="checkbox"/>										CUAL: _____										MÉDICO									
30	DIRECCIÓN RESIDENCIA:										CIUDAD RESIDENCIA										DEPARTAMENTO RESIDENCIA										PAÍS RESIDENCIA										TELÉFONO RESIDENCIA																																							
31	KRA 13 NO. 27-98										BOGOTÁ										CUNDINAMARCA										COLOMBIA										N/A																																							
32	CORREO ELECTRÓNICO:										PORTAL O PAGINA INTERNET										TIPO DE VIVIENDA																																																											
34	enriquemora1812@gmail.com										N/A										PROPIA <input type="checkbox"/>										FAMILIAR <input type="checkbox"/>										ARRENDADA <input checked="" type="checkbox"/>																																							
36	DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)										CIUDAD:										DEPARTAMENTO:										PAÍS:										TELÉFONO/FAX																																							
37	N/A										N/A										N/A										N/A										N/A																																							
38	3. DATOS DEL CÓNYUGE/ COMPAÑERO PERMANENTE																																																																															
39	PRIMER NOMBRE										SEGUNDO NOMBRE										PRIMER APELLIDO										SEGUNDO APELLIDO:																																																	
40	MARÍA										ESPERANZA										SOLANO										PERDOMO																																																	
41	TIPO DE IDENTIFICACIÓN										No IDENTIFICACIÓN										LUGAR Y FECHA EXPEDICIÓN:(A/M/D)										LUGAR Y FECHA NACIMIENTO:(A/M/D)										NACIONALIDAD																																							
43	CEDULA DE CIUDADANÍA <input checked="" type="checkbox"/>																				1980 12 20 31 8 1961																				COLOMBIANA																																							
45	CEDULA DE EXTRANJERÍA <input type="checkbox"/>																																																																															
47	PASAPORTE <input type="checkbox"/>										OTRO <input type="checkbox"/>										CUAL: _____										51659614																																																	
49	4. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA:(ULTIMO PERIODO DECLARADO)																																																																															
51	EMPLEADO PUBLICO <input type="checkbox"/>										PENSIONADO <input type="checkbox"/>										CONTRATISTA <input checked="" type="checkbox"/>										PROFESIONAL INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/>										OTRO <input type="checkbox"/>										CUAL: _____																													
53	INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE SEÑALE CON UNA EQUIS (X)																																																																															
55	DECLARA RENTA <input checked="" type="checkbox"/>										AGENTE RETENEDOR <input type="checkbox"/>										IVA <input checked="" type="checkbox"/>										ICA <input checked="" type="checkbox"/>																																																	
57	GRAN CONTRIBUYENTE <input type="checkbox"/>										AGENTE AUTORETENEDOR <input type="checkbox"/>										CÓDIGO CIU ACTIVIDAD ECONÓMICA:										PRINCIPAL: 8621																																																	
59	FUNCIONARIO PUBLICO										ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS										NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONÓMICA										n/a																																																	
61	SI <input type="checkbox"/>										NO <input checked="" type="checkbox"/>										SI <input type="checkbox"/>										NO <input checked="" type="checkbox"/>										n/a																																							
63	ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA																									NUMERO DE NIT																																																						
66	GOBIERNO <input type="checkbox"/>										FINANCIERA <input type="checkbox"/>										SERVICIOS <input type="checkbox"/>										SALUD <input type="checkbox"/>										TECNOLOGÍA <input type="checkbox"/>										OTRA <input type="checkbox"/>										CUAL: _____																			
68	DIRECCIÓN DE LA EMPRESA										TELÉFONO										CIUDAD/MUNICIPIO										DEPARTAMENTO										PAÍS																																							
69	N/A										N/A										N/A										N/A										N/A																																							
70	CARGO ACTUAL										N/A										FECHA VINCULACIÓN										N/A																																																	
71	5. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO (Si aplica)																																																																															
72	NUMERO DE EMPLEADOS										VENTAS ANUALES										CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA										DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD										FECHA CONSTITUCIÓN										TIPO SOCIEDAD																													
73	N/A										N/A										N/A										N/A										N/A										N/A																													
74	6. INFORMACIÓN FINANCIERA																																																																															
75	INGRESOS MENSUALES										EGRESOS MENSUALES										ACTIVOS										PASIVOS																																																	
76	SALARIOS										N/A										GASTOS FAMILIARES										\$ 1.500.000,00										AHORROS										600.000										SALDO HIPOTECA										N/A									
77	HONORARIOS										6.042.000										ARRIENDOS										\$ 4.200.000,00										INVERSIONES										N/A										TARJETAS DE CRÉDITO										\$ 800.000,00									
78	ARRIENDOS										N/A										CUOTA VEHÍCULO										N/A										VEHÍCULOS										70.000.000										DEUDA VEHÍCULOS										\$ 0,00									
79	COMISIONES										N/A										CUOTA VIVIENDA										N/A										PROPIEDADES										N/A										DEUDAS TERCEROS										N/A									
80	OTROS INGRESOS*										N/A										OTROS EGRESOS*										N/A										OTROS ACTIVOS*										N/A										OTROS PASIVOS*										N/A									
81	TOTAL INGRESOS										\$ 6.042.000										TOTAL EGRESOS										\$ 5.700.000										TOTAL ACTIVOS										\$ 70.600.000										TOTAL PASIVOS										\$ 800.000									
82	DESCRIPCIÓN OTROS INGRESOS										DESCRIPCIÓN OTROS EGRESOS										DESCRIPCIÓN OTROS ACTIVOS										DESCRIPCIÓN OTROS PASIVOS																																																	
83	N/A										N/A										N/A										N/A																																																	
84	NOTA: Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados. (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)																																																																															

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB		
86						FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL (CIRCULARES 009/2016 005-5/2022) SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA																	CÓDIGO: AP-GF-F-24-04							
87																							VERSION: 4							
88																							PÁGINAS: 2 DE 3							
89																							FECHA: 15/06/2022							
90	7. REFERENCIAS PERSONALES (No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)																													
91	PRIMER APELLIDO					SEGUNDO APELLIDO:					PRIMER NOMBRE					SEGUNDO NOMBRE														
92	LIZARAZO					VARGAS					YEHIMY					CAROLINA														
93	DIRECCIÓN					CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAÍS					TIPO RELACIÓN					TELÉFONO FIJO Y / O EXTENSIÓN/CELULAR														
94	CALLE 77SUR # 80 J-45					BOGOTÁ D.C					AMIGA					3212514892														
95	8. REFERENCIA FINANCIERA																													
96	NOMBRE ENTIDAD					TIPO DE PRODUCTO					NUMERO					SUCURSAL					TELÉFONO									
97	DAVIVIENDA					CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO					570105213					N/A					N/A									
99	MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA:																													
101	NOMBRE ENTIDAD					TIPO DE PRODUCTO					NUMERO					PAÍS/CIUDAD					MONEDA					MONTO PROMEDIO				
102																														
103	DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS																													
105	PAGO SERVICIOS <input type="checkbox"/> EXPORTACIÓN <input type="checkbox"/> TRANSFERENCIAS <input type="checkbox"/> IMPORTACIÓN <input type="checkbox"/> PRESTAMOS <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/> CUAL:																													
107	OBSERVACIONES: Con el diligenciamiento de este formulario se da cumplimiento al Proceso de Conocimiento del Cliente o contraparte- debida diligencia, conforme a lo establecido en las Circulares No 009/2016:005-5/2022, expedidas por la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter obligatorio y forma parte de las Políticas, enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, financiación del Terrorismo, Proliferación de armas de destrucción masiva, Sistema de Corrupción, Opacidad y Fraude SICOE, de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud.																													
108	9. DECLARACIÓN DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS																													
109	Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE , con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":																													
110	1. Que los recursos y/o elementos que entregue y entregará a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):																													
111	ACTIVIDADES COMO MÉDICO GENERAL 2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique) 3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas. 4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE se destinarán a actividades lícitas. 5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma. 6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED, en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo. 7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE.																													
112	10. DOCUMENTOS REQUERIDOS																													
113	1. Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses y declaración de Renta si es declarante. 2. Profesional Independiente: Declaración de renta si es declarante. OPS: 4.1.Fotocopia del Registro Único Tributario RUT. 4.2.Fotocopia Inscripción en el RIT Distrital. 4.3.Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%. 4.4.Fotocopia Declaración de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)																													
114	3. Contratistas por																													
115	11. AUTORIZACIÓN REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO:- AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA REPORTAR, CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICIA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAÍSES.																													
116	12. CONSIDERACIONES																													
117	1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente o contraparte- persona natural, están regidos de acuerdo a las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y Control del Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo, Proliferación de armas de destrucción masiva y de acuerdo al sistema de Corrupción, Opacidad y Fraude SICOE, adoptado por la Subred Norte ESE. 2. Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley. 3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes. 4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales.																													
118	12.1. AUTORIZACIÓN																													
119	Ante la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE, identificada con Nit 900.971.006-4 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma ESE antes mencionada. Declaro expresamente: * Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud. * Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente: 1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Público, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. h) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. i) Envío de información de Sujetos de tributación a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. k) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. l) La prevención y control de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo, proliferación de armas de destrucción masiva y el sistema SICOE. 2. TRATAMIENTO: El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.																													

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB
120						FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL (CIRCULARES 009/2016 005-5/2022) SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA																	CÓDIGO: AP-GF-F-24-04					
121																							VERSION: 4					
122																							PÁGINAS: 3 DE 3					
123																							FECHA: 15/06/2022					
<p>3. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF y a cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.</p> <p>4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.</p> <p>5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración lo requerido en las Circulares 009/2020 y 005-5/2022 de la Superintendencia Nacional de Salud.</p> <p>6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.</p> <p>7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.</p> <p>8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Calle 66 No.15-41 Bogotá D.C., Teléfono 4431790, email sarlaft@subrednorte.gov.co) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y el Control del Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo, Proliferación de armas de destrucción masiva, y al Sistema de Corrupción, Opacidad y fraude SICOE.</p> <p>9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizo, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.</p>																												
124																												
125	13. FIRMA Y HUELLA																											
126	SE FIRMA EL PRESENTE DOCUMENTO COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO SU CONTENIDO, SE DECLARA QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES EXACTA Y VERDICA EN TODAS SUS																											
127																												
128																												
130	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;">  Firma Cliente / Representante Legal </div> <div style="text-align: center;">  Huella Índice Derecho </div> </div>																											
132	14. VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN (USO EXCLUSIVO DE LA SUBRED NORTE ESE)																											
133	1. Ciudad y fecha																											
134	2. Nombre y Cargo de quien verifica:																											
135	3. Lugar de la verificación:																											
136	4. Observaciones:																											
137	5. Firma:																											