EAGAT Entidad Asesora de Gestión Administrativa y Técnica	PROCESO DE EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL	CÓDIGO: PESC-VC-F2
	PROCEDIMIENTO DE VERIFICACION DE CONTRAPARTES	FECHA: 27/11/2020
	FORMULARIO SARLAFT PERSONA JURIDICA	VERSIÓN: 3

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT *

FECHA:	2024-03-13	CIUDAD:	Bogotà	DEPARTAMENTO:	Cundinamarca

CLASE O TIPO DE VINCULACION LA EMPRESA (MARCA CON X)

ASEGURADOR	PROVEDOR	CONTRATISTA	PARTICULAR	OTRO	CUAL:
	X				

I. DATOS DE LA PERSONA JURIDICA

RAZON SOCIAL:	Ingenieria y Arquitectura Hospitalaria S.A.S.		NIT:	822.007.412-5
REPRESENTANTE LEGAL:	PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:	NOMBRES:	
	Herrera	Gonzalez	Wilson Emilio	
CEDULA DE CIUDADANÍA: X	NUMERO:	LUGAR DE EXPEDICION	FECHA EXPEDICION AAAA/MM/DD	
CEDULA DE EXTRANJERÍA:	80.495.857	Funza (Cundinamarca)	29/10/1993	

FECHA NACIMIENTO AAAA/MM/DD	LUGAR NACIMIENTO:	DEPARTAMENTO:	NACIONALIDAD (1):	NACIONALIDAD (2):
1975-10-10	Bogotà	Cundinamarca	Colombiano	N.A

DIRECCION DOMICILIO PRINCIPAL:	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX
Calle 163 A No 16c-75	Bogotà	Cundinamarca	Colombia	4851500

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:	PORTAL/PAGINA INTERNET:
ingenieriaarquitectura@iahospitalaria.com wilsonherrera@iahospitalaria.com	www.iahospitalaria.com

DIRECCION SUCURSAL/AGENCIA:	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX
N.A	N.A	N.A	N.A	N.A

TIPO DE EMPRESA:

PUBLICA		INDUSTRIAL		AGRICOLA		SERVICIOS DE SALUD	X
MIXTA		COMERCIAL	X	FARMACEUTICA		SERVICIOS FINANCIEROS	
PRIVADA	X	ASEGURADOR		TRANSPORTES		OTRA,	
EXTRANJERA		SERVICIOS				CUAL:	

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	RENTA/CREE		IVA		I.C.A.		CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONOMIC	
		(NO)		(NO)	(SI)	(NO)	4659	3313
					X		PRINCIPAL: X	SECUNDARIA: X

GRAN CONTRIBUYENTE	SI	NO	AGENTE RETENEDOR	SI	NO	AGENTE AUTORETENEDOR	SI	NO
		X			X			X

II. DECLARACION PERSONA PUBLICAMENTE EXPUESTA (PEPS)

	SI	NO
POR SU CARGO O ACTIVIDAD ADMINISTRA O TIENE A SU CARGO EL MANEJO DE RECURSOS PUBLICOS		X
POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUN GRADO O TIPO DE PODER PUBLICO		X
POR SU ACTIVIDAD, OCUPACION U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PUBLICO GENERAL		X
ES USTED SUJETIO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAIS DIFERENTE A COLOMBIA		X

Si contestó afirmativamente alguna de las anteriores preguntas, por favor, especifique:

III. IDENTIFICACION DE ACCIONISTAS, SOCIOS, ASOCIADOS QUE SEAN TITULARES DE MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIPACION

NOMBRE COMPLETO O RAZON SOCIAL (DE REQUERIR UTILICE ANEXO)	% PARTICIPACION	TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION
WILSON EMILIO HERRERA GONZALEZ	100%	C.C. X C.E. T.I. NIT RO	80.495.857
		C.C. C.E. T.I. NIT RO	
		C.C. C.E. T.I. NIT RO	
		C.C. C.E. T.I. NIT RO	

IV. INFORMACION FINANCIERA

INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	1.085.565.885	ACTIVOS TOTALES	4.850.848.968
INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	5.932.992	PASIVOS TOTALES	1.414.619.327
EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	980.282.360	PATRIMONIO	3.436.229.641
EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	27.687.502		
CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES:	DESCUENTOS COMERCIALES - RECUPERACIONES		
CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES:	TASAS Y CONTRIBUCIONES - GASTOS FINANCIEROS		

V. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI X NO

IMPORTAC IONES	X	EXPORTACIONES		INVERSIONES	
OPERACIONES DE REDESCUENTO		LEASING		TRASFERENCIAS	
PRESTAMOS MODENA EXTRANJERA		PAGOS SERVICIOS		OTRAS	

Especifique cual:

TIPO PRODUCTO	No DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO OPERACIÓN	CIUDAD	PAIS	MONEDA

VI. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Declaro expresamente que:

1. Los recursos que posee la Empresa provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupacion, oficio, actividad o negocio): LOS RECURSOS PROVIENTEN DE LA ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA, COMERCIALIZACION DE OTROS EQUPOS - EQUIPOS BIOMEDICOS

2. Las actividades realizadas por la Empresa se efectuan dentro del Marco Legal. Los recursos que posee NO provienen de actividades ilicitas de conformidad con el Codigo Penal Colombiano.
3. La información suminisrada en este formulario es veraz y verificable, y me obligo a actualizarla cuando asi se requiera.
4. Cláusula para apoderados: Certifico que toda la informacion suministrada y de la cual no soy titular ha sido obtenida de acuerdo con los parametros establecidos legalmente.
5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato NO se destinaran a la financiacion del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

VII. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Camara de Comercio.
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia del documento de identificacion del Representante legal de la Empresa.
4. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado.
5. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.

APODERADO

Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Camara de Comercio.
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia del documento de identificacion del Representante legal de la Empresa.

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas en los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley1581 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 utilizacion 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 trataran observando las disposiciones legales vigentes.

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización,La Entidad Asesora de Gestión Administrativa y Técnica EAGAT , con Nit 901.036.590 -8, ubicada en la Calle 13 No 31 - 96 Piso 2, teléfono 2479553 / 312 449 69 25 .
Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestacón 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 prestacion de servicios de salud.
B. Que la Entidad Asesora de Gestión Administrativa y Técnica EAGAT , me han informado, expresamente:
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la Corporación , para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la entidad, incluyendo la determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accedere a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la Corporación. k) Envio de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3.DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran 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 que el capitulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia
4.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.
5. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: 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 mi.
6. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información es la EAGAT 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 los previsto en el literal e)
7.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizao, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los terminos que nos fueron informados en el presente documento.

IX. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERIDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO



Firma Cliente / Representante Legal

Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA				XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION			
1.Fecha		**2. Ciudad**		**1. Fecha**		**2. Ciudad**	
3.Nombre del funcionario o Asesor:				**3. Nombre y Cargo de quien verifica:**			
4. Lugar de la Entrevista:				**4. Lugar de la verificación:**			
5. Observaciones:				**5. Observaciones:**			
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐					
7. Firma y Cédula				**6. Firma y cédula:**			

EGAT	PROCESO CONTROL INTERNO Y AUDITORÍA	CODIGO:PROI-FR-15
		FECHA: 1/07/2022
	FORMULARIO SARLAFT PERSONA JURÍDICA	VERSION: 5

SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT

FECHA DILIGENCIAMIENTO:	13 de marzo de 2024	CIUDAD:	Cota	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA

CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN QUE REALIZARA CON EGAT (MARCA CON X)

ASEGURADOR	PROVEEDOR X	CONTRATISTA	PARTICULAR	OTRO	CUAL:

I. PERSONA JURIDICA

RAZÓN SOCIAL	SOLUCIONES INTEGRALES EN INGENIERÍA Y LOGÍSTICA SAS	NIT:	900.311.610-2
CORREO ELECTRONICO	SEIL.INGENIERIALOGISTICA@GMAIL.COM		

REPRESENTANTE LEGAL:	TIPO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	NOMBRES:
	C.C. X C.E. PASAPORTE OTRO CUAL:	Velásquez	Rincón	Hayda Mayi
	NUMERO DOCUMENTO	LUGAR DE EXPEDICION		FECHA EXPEDICIÓN DD/MM/AAAA
	51.985.916	Bogotá		10 de marzo de 1989
	DIRECCION DOMICILIO	CIUDAD/MUNICIPIO	PAIS	TELEFONO/CELULAR
	CALLE 8 # 11 01	FUNZA	Colombia	3104104331

TIPO DE EMPRESA	ACTIVIDAD ECONÓMICA			TIPO DE SOCIEDAD
PÚBLICA	INDUSTRIAL	AGRÍCOLA	SERVICIOS FINANCIEROS	ANONIMA
MIXTA	COMERCIAL X	FARMACEUTICA	OTRA	LIMITADA
PRIVADA X	ASEGURADOR	TRANSPORTES	CUAL	S.A.S. X
EXTRANJERA	SERVICIOS	SERVICIOS DE SALUD		OTRA:

DIRECCION PRINCIPAL EMPRESA:	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX
Kilometro 3,5 autopista Medellín centro empresaria metropolitano oficina B 45	Cota	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	3104104331

INFORMACIÓN TRIBUTARIA

RENTA/CREE	SI X	NO	IVA	SI X	NO	ICA	CODIGOS CIIU: 4659 PRINCIPAL	4645 SECUNDARIA
GRAN CONTRIBUYENTE	SI	NO X	AGENTE RETENEDOR	SI	NO X	SI X NO	AGENTE AUTORRETENEDOR	SI NO X

II. DECLARACIÓN PERSONA PUBLICAMENTE EXPUESTA (PEPS)

POR SU CARGO O ACTIVIDAD ADMINISTRA O TIENE A SU CARGO EL MANEJO DE RECURSOS PÚBLICOS	SI	NO X
POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGÚN GRADO O TIPO DE PODER PÚBLICO	SI	NO X
POR SU ACTIVIDAD, OCUPACIÓN U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PUBLICO GENERAL	SI	NO X
ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAIS DIFERENTE A COLOMBIA	SI	NO X

Si contestó afirmativamente alguna de las anteriores preguntas, por favor, especifique:

III. IDENTIFICACIÓN DE ACCIONISTAS, SOCIOS, ASOCIADOS QUE SEAN TITULARES DE MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIPACIÓN

NOMBRE COMPLETO O RAZON SOCIAL (DE REQUERIR UTILICE ANEXO)	% PARTICIPACIÓN	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NUMERO IDENTIFICACION
Hayda Mayi Velásquez Rincón	100%	C.C. X C.E. NIT OTRO	51.985.916
		C.C. C.E. NIT OTRO	
		C.C. C.E. NIT OTRO	
		C.C. C.E. NIT OTRO	
		C.C. C.E. NIT OTRO	

IV. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	$ 36'873.720.	ACTIVOS TOTALES	$ 312.865.096,44
INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	$ 8456	PASIVOS TOTALES	$ 76.566.312,89
EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	$ 18.265.257	PATRIMONIO	$ 318.704.760,55
EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	$ 1.658.050		
CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES:	Reintegro de otros costos y gastos		

V. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA:	SI	NO X

IMPORTACIONES	EXPORTACIONES	INVERSIONES	Especifique cual:
OPERACIONES DE REDESCUENTO	LEASING	TRASFERENCIAS	
PRESTAMOS MONEDA EXTRANJERA	PAGOS SERVICIOS	OTRAS	

TIPO PRODUCTO	No DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO OPERACIÓN	CIUDAD	PAIS	MONEDA

	PROCESO CONTROL INTERNO Y AUDITORÍA	CÓDIGO:PRCI-FR-19
EGAT		FECHA: 1/07/2022
	FORMULARIO SARLAFT PERSONA JURÍDICA	VERSIÓN: 5

VI. DECLARACIÓN DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Declaro expresamente que:

1. Los recursos que posee la Empresa provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):

Los recursos provienen de la actividad economica de la empresa. Comercialización de otros equipos. Equipo biomedico

2. Las actividades realizadas por la Empresa se efectúan dentro del Marco Legal. Los recursos que posee NO provienen de actividades ilícitas de conformidad con el Código Penal Colombiano.
3. La información suministrada en este formulario es veraz y verificable, y me obligo a actualizarla cuando así se requiera.
4. Cláusula para apoderados: Certifico que toda la información suministrada y de la cual no soy titular ha sido obtenida de acuerdo con los parámetros establecidos legalmente.
5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato NO se destinaran a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

VII. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.
2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
3. Fotocopia del documento de identificación del Representante legal de la Empresa.
4. Fotocopia Declaración de Renta del ultimo periodo gravable declarado.
5. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.

APODERADO

Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.

VIII. AUTORIZACIÓN DE USO DE INFORMACIÓN

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a los 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 trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, La Entidad de Gestión Administrativa y Técnica EGAT . con Nit 901.036.590 -8, ubicada en la Calle 13 No 31 - 96 Piso 2, teléfono 2479553 / 3124496925.

Declaro expresamente:

A. 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, suministraremos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.

B. Que la Entidad de Gestión Administrativa y Técnica EGAT, me han informado, expresamente:

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la Entidad, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la entidad, incluyendo la determinación de tarifas, 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) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) 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. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la Entidad. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por la citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran 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 que el capitulo XI del Titulo I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.

4. 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.

5. 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 mi.

6. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información es la EGAT 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 los previsto en el literal e)

7. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizar, 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.

IX. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERIDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Firma Cliente / Representante Legal

Huella Índice Derecho

XI. INFORMACION DE VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN

1. Fecha		2. Ciudad		3. Plataforma	
4. Nombre de quien verifica:				5. Cargo:	
6. Area:					
8. Resultado de la Verificación:	ACEPTADO	RECHAZADO		7. Observaciones:	
9. Firma:					