

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E			
FORMULARIO CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL			DI-GRI-FT-07 V1		

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT												
FECHA:	19/12/2024	CIUDAD:	Bogotá D.C.	DEPARTAMENTO:	Bogotá D.C.							
Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.												
CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN LA EMPRESA (MARCA CON X)												
PROVEEDOR	<input type="checkbox"/>	PARTICULAR	<input type="checkbox"/>	CONTRATISTA OPS	<input type="checkbox"/>	SERVIDOR PÚBLICO <input checked="" type="checkbox"/>						
OTRO	<input type="checkbox"/>	CUAL:		NA								
1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL												
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE						
Morales		Gallego		Jorge		Eliecer						
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		No IDENTIFICACIÓN		LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)		FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)						
C.C.	<input checked="" type="checkbox"/>	C.E.	<input type="checkbox"/>	R.C.	<input type="checkbox"/>	NIUP	<input type="checkbox"/>	1023002172	Bogotá D.C.	25/02/2013		
PASAPORTE		<input type="checkbox"/>	OTRO		<input type="checkbox"/>	ES RESIDENTE EN COLOMBIA?		SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	
FECHA NACIMIENTO:		LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)		PAÍS NACIMIENTO		NACIONALIDAD:						
12/02/1995		Victoria Caldas		Colombia		Colombiano						
ESTADO CIVIL				PERSONA A CARGO		NUMERO DE HIJOS		TELÉFONO CELULAR				
SOLTERO(A) <input checked="" type="checkbox"/> UNION LIBRE <input type="checkbox"/>				CASADO(A) <input type="checkbox"/> VIUDO(A) <input type="checkbox"/>		DIVORCIADO(A) <input type="checkbox"/>		0		0		
3133290217												
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA										PROFESIÓN/ OFICIO		
MAGISTER <input type="checkbox"/> POSGRADO <input type="checkbox"/> UNIVERSITARIO <input type="checkbox"/> BACHILLER <input checked="" type="checkbox"/> PRIMARIA <input type="checkbox"/> TÉCNICO <input checked="" type="checkbox"/> TECNÓLOGO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>										CUAL:		Auxiliar
DIRECCIÓN RESIDENCIA:		CIUDAD RESIDENCIA		DEPARTAMENTO:		PAÍS RESIDENCIA:		TELÉFONO RESIDENCIA				
CR 14 G 95 B SUR 16		Bogotá D.C.		Bogotá D.C.		Colombia		9710217				
CORREO ELECTRÓNICO:		PORTAL O PÁGINA INTERNET				TIPO DE VIVIENDA						
Nagato20morales@gmail.com		Nagato20morales@gmail.com				PROPIA <input type="checkbox"/>		FAMILIAR <input checked="" type="checkbox"/>		ARRENDADA <input type="checkbox"/>		
DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)		CIUDAD:		DEPARTAMENTO:		PAÍS:		TELÉFONO/FAX				
NA		Bogotá D.C.		Bogotá D.C.		Colombia		9710217				
2. DATOS DEL CÓNYUGE												
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE						
NA		NA		NA		NA						
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		NUMERO IDENTIFICACIÓN		LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio)		FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)						
C.C.	<input type="checkbox"/>	C.E.	<input type="checkbox"/>	R.C.	<input type="checkbox"/>	NIUP	<input type="checkbox"/>	NA	NA	NA		
PASAPORTE		<input type="checkbox"/>	OTRO		<input type="checkbox"/>	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA:		SI	<input type="checkbox"/>	
								NO		<input type="checkbox"/>		
NACIONALIDAD:		NA										
3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA:												
ASALARIADO <input checked="" type="checkbox"/>		ESTUDIANTE <input type="checkbox"/>		HOGAR <input type="checkbox"/>		PENSIONADO <input type="checkbox"/>		CUAL:		NA		
SOCIO <input type="checkbox"/>		CONTRATISTA <input type="checkbox"/>		COMERCIANTE <input type="checkbox"/>		EMPLEADO PÚBLICO <input type="checkbox"/>						
PROFESIONAL <input type="checkbox"/>		EMPLEADO SOCIO <input type="checkbox"/>				OTRA. <input type="checkbox"/>						
INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE:		DECLARA RENTA		SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		IVA <input type="checkbox"/> ICA <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		CODIGOS C.I.U. ACTIVIDAD ECONÓMICA		
										8699 NA		
GRAN CONTRIBUYENTE		SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		AGENTE RETENEDOR		SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		AGENTE AUTORETENEDOR		SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		
FUNCIONARIO PÚBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DÓNDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONÓMICA								
SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		NA								
ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO <input type="checkbox"/>		COMERCIAL <input type="checkbox"/>		SERVICIOS <input type="checkbox"/>		SALUD <input type="checkbox"/>		# NIT		
										NA		
EXPORTACIONES <input type="checkbox"/>		AGRÍCOLA <input type="checkbox"/>		ENERGÉTICA <input type="checkbox"/>		FINANCIERA <input type="checkbox"/>		TRANSPORTE <input type="checkbox"/>		TECNOLOGÍA <input type="checkbox"/>		
ALIMENTOS <input type="checkbox"/>		MEDICAMENTOS <input type="checkbox"/>		OTRA <input type="checkbox"/>		CUAL:						

DIRECCIÓN DE LA EMPRESA		TELÉFONO		CIUDAD/MUNICIPIO		DEPARTAMENTO		PAÍS					
NA		NA		NA		NA		NA					
CARGO ACTUAL			NA			FECHA VINCULACIÓN		NA					
4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO													
NÚMERO DE EMPLEADOS		VENTAS ANUALES		CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA		DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD		FECHA CONSTITUCIÓN		TIPO SOCIEDAD			
NA		NA		NA		NA		NA		NA			
5. INFORMACIÓN FINANCIERA													
INGRESOS MENSUALES			EGRESOS MENSUALES			ACTIVOS			PASIVOS				
SALARIOS			0			GASTOS FAMILIARES			0				
HONORARIOS			0			ARRIENDOS			0				
ARRIENDOS			0			CUOTA VEHÍCULO			0				
COMISIONES			0			CUOTA VIVIENDA			0				
OTROS INGRESOS*			0			OTROS EGRESOS*			0				
TOTAL INGRESOS			0			TOTAL EGRESOS			0				
DESCRIPCIÓN OTROS INGRESOS			DESCRIPCIÓN OTROS EGRESOS			DESCRIPCIÓN OTROS ACTIVOS			DESCRIPCIÓN OTROS PASIVOS				
NA			NA			NA			NA				
6. REFERENCIAS PERSONALES (No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Cotraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)													
PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO:			PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE				
Arango			Arango			Luisa							
DIRECCIÓN			CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAÍS			TIPO RELACIÓN			TELÉFONO FIJO Y / O EXTENSIÓN/CELULAR				
CL 93 B 14 A 33 SUR			Bogotá D.C.			Amiga			3144540370				
7. REFERENCIA FINANCIERA													
NOMBRE ENTIDAD			TIPO DE PRODUCTO			NÚMERO		SUCURSAL		TELÉFONO			
NA			NA			NA		NA		NA			
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>													
NOMBRE ENTIDAD			TIPO DE PRODUCTO			NÚMERO		PAÍS/CIUDAD		MONEDA		MONTO PROMEDIO	
NA			NA			NA		NA		NA		NA	
DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:										CUAL:			
IMPORTACIÓN <input type="checkbox"/> EXPORTACIÓN <input type="checkbox"/> TRANSFERENCIAS <input type="checkbox"/> PRÉSTAMOS <input type="checkbox"/> PAGO SERVICIOS <input type="checkbox"/>													
OTRA <input type="checkbox"/>													
8. DECLARACIÓN DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS													
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 SUR 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":													
1. Que los recursos que entregue y entregará a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):													
AUXILIAR DE ENFERMERIA													
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 SUR 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 SUR ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE 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 SUR 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 SUR ESE.													
9. DOCUMENTOS REQUERIDOS													
Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.													
Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.													
Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados financieros certificados + declaración de renta si es declarante Nota: Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.													
Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante													
1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes)													
2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.													
3. Fotocopia Inscripción en el Rit Distrital.													
4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.													
5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)													
6. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)													
APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.													
NOTA: Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)													

10. AUTORIZACIÓN REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA REPORTAR,CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES.			
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 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 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 tambien seran tratados para fines comerciales, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:			
AUTORIZACIÓN			
Para efectos de la presente autorización, entiéndase por la ESE, Subred Integrada de Servicios de Sur ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 4 3, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.			
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, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud. B. 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 le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, 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 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) 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 ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. 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 citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.			
3. USUARIOS DE LA INFORMACION: 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 médica, 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, Fasecolda, ya 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. 4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento. 5. 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 capítulo XI del Título 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. 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. 7. 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 mí. 8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur 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 los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Carrera 20 #47B - 35 Sur Bogotá DC, telefono 7300000 , e-mail sarlaft@subredsur.gov.co) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO). 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. NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredsur.gov.co) _en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".			
IX. FIRMA Y HUELLA			
COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO			
<div><div></div><div>Firma Cliente / Representante Legal</div></div>		<div><div></div><div>Huella índice Derecho</div></div>	
X. INFORMACIÓN DE ENTREVISTA			
1. Fecha		2. Ciudad	
3. Nombre del funcionario o Asesor:			
4. Lugar de la Entrevista:			
5. Observaciones:			
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO <input type="checkbox"/> RECHAZADO <input type="checkbox"/>		
7. Firma y Cédula			
XI. INFORMACIÓN DE VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN			
1. Fecha		2. Ciudad	
3. Nombre y Cargo de quien verifica:			
4. Lugar de la verificación:			
5. Observaciones:			
6. Firma y cédula:			