		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:	ENERO 18 DE 2025	CIUDAD:	BOGOTA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA
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 Financiaci3n del Terrorismo.					
CLASE O TIPO DE VINCULACI3N LA EMPRESA (MARCA CON X)					
PROVEEDOR <input type="checkbox"/>	PARTICULAR <input type="checkbox"/>	CONTRATISTA <input checked="" type="checkbox"/>	SERVIDOR PUBLICO <input type="checkbox"/>	OTRO <input type="checkbox"/>	CUAL: NA
1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
SALAZAR		SANTACRUZ		NOHORA	PATRICIA
TIPO DE IDENTIFICACI3N		No IDENTIFICACI3N	LUGAR EXPEDICI3N (Ciudad/Municipio)		FECHA EXPEDICI3N (AAAA/MM/DD)
C.C. <input checked="" type="checkbox"/>	C.E. <input type="checkbox"/>	R.C. <input type="checkbox"/>	NUIP <input type="checkbox"/>	52371974	BOGOTA
PASAPORTE		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:
OCTUBRE 06 DE 1977		BOGOTA		COLOMBIA	COLOMBIANA
ESTADO CIVIL			PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELÉFONO CELULAR
SOLTERO(A) <input checked="" type="checkbox"/> CASADO(A) <input type="checkbox"/> DIVORCIADO(A) <input type="checkbox"/> UNION LIBRE <input type="checkbox"/> VIUDO(A) <input type="checkbox"/>			1	3	3174644526
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACI3N ACADÉMICA					PROFESI3N / OFICIO
MAGISTER <input type="checkbox"/> POSGRADO <input type="checkbox"/> UNIVERSITARIO <input type="checkbox"/> BACHILLER <input type="checkbox"/> PRIMARIA <input type="checkbox"/> TÉCNICO <input checked="" type="checkbox"/> TECNÓLOGO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUAL: NA					NA
DIRECCI3N RESIDENCIA:		CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAÍS RESIDENCIA:	TELÉFONO RESIDENCIAL
CALLE 60 A SUR 73 71		BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	NA
CORREO ELECTR3NICO:		PORTAL O PÁGINA INTERNET		TIPO DE VIVIENDA	
Patriciasaludpublica123@gmail.com		NA		PROPIA <input type="checkbox"/> FAMILIAR <input type="checkbox"/> ARRENDADA <input checked="" type="checkbox"/>	
DIRECCI3N ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)		CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAÍS:	TELÉFONO/FAX
NA		NA	NA	NA	NA
2. DATOS DEL C3NYUGE					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
NA		NA		NA	NA
TIPO DE IDENTIFICACI3N		NUMERO IDENTIFICACI3N	LUGAR EXPEDICI3N (Ciudad/Municipio)		FECHA EXPEDICI3N (AAAA/MM/DD)
C.C. <input type="checkbox"/>	C.E. <input type="checkbox"/>	R.C. <input type="checkbox"/>	NUIP <input type="checkbox"/>	NA	NA
PASAPORTE <input type="checkbox"/>		OTRO <input type="checkbox"/>	ES RESIDENTE EN COLOMBIA: NA		NACIONALIDAD: NA
3. INFORMACI3N ACTIVIDAD ECON3MICA:					
ASALARIADO <input type="checkbox"/>	ESTUDIANTE <input type="checkbox"/>	HOGAR <input type="checkbox"/>	PENSIONADO <input type="checkbox"/>	CUAL: NA	
SOCIO <input type="checkbox"/>	CONTRATISTA <input checked="" type="checkbox"/>	COMERCIANTE <input type="checkbox"/>	EMPLEADO <input type="checkbox"/>		
PROFESIONAL INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/>	EMPLEADO SOCIO <input type="checkbox"/>		PUBLICO <input type="checkbox"/>	OTRA: ...	
INFORMACI3N TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA	SI <input type="checkbox"/>	IVA	SI <input type="checkbox"/>	NO X <input checked="" type="checkbox"/>
		NO X <input checked="" type="checkbox"/>	ICA	SI <input type="checkbox"/>	NO X <input checked="" type="checkbox"/>
CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECON3MICA					
PRINCIPAL: 8699		SECUNDARIA: 8299			
GRAN CONTRIBUYENTE	SI <input type="checkbox"/> NO X <input checked="" type="checkbox"/>	AGENTE RETENEDOR		SI <input type="checkbox"/> NO X <input checked="" type="checkbox"/>	AGENTE AUTORETENEDOR
SI <input type="checkbox"/> NO X <input checked="" type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO X <input checked="" type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO X <input checked="" type="checkbox"/>	
ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO D3NDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECON3MICA			
SI <input type="checkbox"/> NO X <input checked="" type="checkbox"/>		NA			
ACTIVIDAD ECON3MICA DE LA EMPRESA D3NDE 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: NA			

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 ECONOMICA	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCIÓN	TIPO SOCIEDAD
NA	NA	NA	NA	NA	NA

5. INFORMACIÓN FINANCIERA							
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	NA	GASTOS FAMILIARES	200000	AHORROS	NA	SALDO HIPOTECA	NA
HONORARIOS	1700000	ARRIENDOS	1500000	INVERSIONES	NA	TARJETAS DE CREDITO	NA
ARRIENDOS	NA	CUOTA VEHÍCULO	NA	VEHÍCULOS	NA	DEUDA VEHÍCULOS	NA
COMISIONES	NA	CUOTA VIVIENDA	NA	PROPIEDADES	NA	DEUDAS TERCEROS	NA
OTROS INGRESOS*	NA	OTROS EGRESOS*	NA	OTROS ACTIVOS*	NA	OTROS PASIVOS*	NA
TOTAL INGRESOS	1700000	TOTAL EGRESOS	1700000	TOTAL ACTIVOS	NA	TOTAL PASIVOS	NA
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 Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)							
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
SALAZAR		SANTACRUZ		ERNESTO		NA	
DIRECCIÓN		CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAÍS		TIPO RELACIÓN		TELÉFONO FIJO Y / O EXTENSIÓN/CELULAR	
CARRERA 5 81 - 45		IPIALES		HERMANO		3153104093	

7. REFERENCIA FINANCIERA						
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NÚMERO	SUCURSAL	TELÉFONO
BANCOLOMBIA		CUENTA DE AHORROS		23178804953	BOSA	000

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: 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"/>				CUAL: NA	

8. DECLARACIÓN DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS	
<p>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":</p> <p>1. Que los recursos que entregue y entregaré a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; min-height: 20px;">AUXILIAR DE ENFERMERIA</div> <p>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)</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.</p> <p>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 mi 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.</p> <p>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.</p>	

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS	
<p><b>Asalariado:</b> 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.</p> <p><b>Pensionado:</b> Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.</p> <p><b>Profesional independiente/Contratistas por OPS:</b> 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 <b>Nota:</b> Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.</p> <p><b>Socios Empresas:</b> 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</p>	
<p>1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa ( 90 ) días, expedido por la Camara de Comercio.(Para Comerciantes)</p> <p>2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.</p> <p>3. Fotocopia Inscripción en el Rit Distrital.</p> <p>4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.</p> <p>5. Fotocopia Declaración de Renta del ultimo periodo gravable declarado ( si esta obligado a declarar)</p> <p>6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)</p> <p><b>APODERADO:</b> Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.</p> <p>NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.( Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)</p>	

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			
<p>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.</p> <p>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 de terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.</p> <p>3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes.</p> <p>4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:</p>			
AUTORIZACIÓN			
<p>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.</p> <p><b>Declaro expresamente:</b></p> <p>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.</p> <p>B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:</p> <p>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.</p> <p>2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.</p> <p>3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a:</p> <p>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 celebracion, 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 celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolca, 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.</p> <p>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.</p> <p>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.</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 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.</p> <p>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 (<b>Carrera 20 #47B - 35 Sur Bogotá DC, telefono 7300000 , e-mail <a href="mailto:sarlafti@subredsur.gov.co">sarlafti@subredsur.gov.co</a></b>) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.(<b>INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO</b>).</p> <p>9. 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.</p> <p><b>NOTA:</b> Se desea ampliar esta información por favor visite: (<a href="http://www.subredsur.gov.co">www.subredsur.gov.co</a>) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".</p>			
IX. FIRMA Y HUELLA			
<p>COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACION QUE ME SUMINISTRADO, ENTENDIDO Y ACEPTADO EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO</p> <p><i>Nohora P. Salazar S.</i></p> <p>Firma Cliente / Representante Legal</p> <p></p> <p>Huella Índice Derecho</p>			
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:			