



**ACTA INDIVIDUAL DE CERTIFICACION
LA REPUBLICA DE COLOMBIA**

Y en su nombre

LA INSTITUCION DE FORMACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO
HUMANO

CAMPOALTO

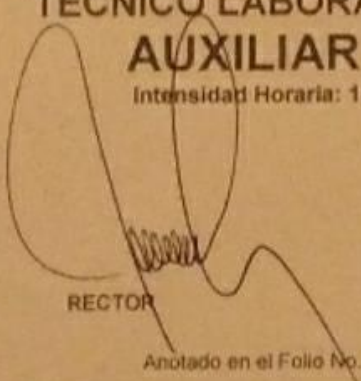
Confiere a:

**ROJAS GOMEZ ANGIE LORENA
1031172044**

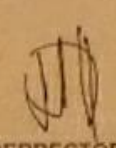
El Certificado de Aptitud Ocupacional por haber culminado
satisfactoriamente el programa

**TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS DE
AUXILIAR EN ENFERMERIA**

Intensidad Horaria: 1800 horas – 38 créditos académicos



RECTOR



VICERRECTOR(A)

Anotado en el Folio No. 46 del Libro No. 11 de registro 26627

En Constancia de lo anterior se expide en la ciudad de Bogotá a los 16 días del mes de
Abril de 2020

Aprobación oficial según
Resolución No. 18-095 del 8 de octubre de 2013 de la Secretaría de Educación Distrital.

<p>Este carné es válido en Colombia Será exigido para entrar a zonas de riesgo</p> <p>Consérvelo</p> <p>En caso de requerir el certificado internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.</p> <p><i>Libertad y Orden.</i></p> <p>POR MÍ Y, POR COLOMBIA, YO ME VACINO</p>	<div>MinSalud</div> <div>PROSPERIDAD PARA TODOS</div>
<p>Certificado de Vacunación del Adulto</p>	
<p>Nombre: Angie Iaiena</p>	
<p>Apellidos: Rojas Gomez</p>	
<p>Documento de identidad: C.C. ☐ T.I. ☐ Pasaporte ☐ No. 1031172044</p>	
<p>Fecha de Nacimiento: Día 17 Mes 09 Año 1997</p>	

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
PAR-EDS Sarampión Rubéola	TV	1 26 DIC 2013	PROGEN L. AGUILAR 8008/2013	S. AND
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	24-09-2011	Unicyno	
	2	24-10-2011	Unicyno	
	3	28-03-2012	Unicyno	
	4	06-03-2015	02483000B	
	5	21-06-2016	D22276	
Contra Hepatitis B	1	26 DIC 2013	SPCUBOIN S. AND	
	2	16 MAY 2019	SPCUBOIN S. AND	PS. ANTONIO S. AND
	3	23 AGO 2019	SPCUBOIN S. AND	PS. ANTONIO S. AND
	R	26-11-2019		

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	Unica	28 DIC 2019	PS. AND	P. AND
Contra Influenza	31	ENE 2018	BOZIXIS	compensat
	22	07-2018	23844-14	compensat
Virus de Papiloma Humano	1	30-05-2013		H020269
	2	31-10-2013		J00704L
	3			
1000000	U	02-08-20	17-03-20	S. AND
		02-08-20	15-02-2014	JEFFERSON



Bogotá D.C., 24 de Agosto de 2020 - 18:55 pm

**CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS
LA PERSONERÍA DE BOGOTÁ, D.C.**

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **ANGIE LORENA ROJAS GOMEZ**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **UNO MIL TREINTA Y UNO MILLONES CIENTO SETENTA Y DOS MIL CUARENTA Y CUATRO** de BOGOTÁ D.C.

1031172044

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

Esta Certificación es válida, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado. El certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Personería de Bogotá D.C., contiene las anotaciones de sanciones e inhabilidades disciplinarias que reporten las Entidades Distritales y las dependencias de la Personería de Bogotá D.C., con atribuciones Disciplinarias.

ADVERTENCIAS:

La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.

Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 174 - Ley 734 de 2002).

Tres o más sanciones disciplinarias en los últimos cinco (5) años por faltas graves o leves dolosas o por ambas, constituye inhabilidad para desempeñar cargos públicos (Numeral 2, art. 38 - Ley 734 de 2002).

Certificado expedido de conformidad con el artículo 102 numeral 5 del Decreto Ley 1421 de 1993, Ley 734 de 2002 y las Resoluciones Nos. 328 del 27 de junio de 2002, 042 del 14 de febrero de 2003 y 616 del 10 de noviembre de 2004, de la Personería de Bogotá D.C.

Para todos los efectos esta certificación debe ser complementada con la expedida por la Procuraduría General de la Nación.

El presente certificado tiene vigencia de tres (3) meses a partir de la fecha de su expedición.

Certificado expedido sin costo alguno.

JUAN RAMÓN JIMENEZ OSORIO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

Este Certificado ha sido generado a través de la página web www.personeriabogota.gov.co. Para verificar su validez comuníquese con la Personería de Bogotá D.C.

Cra. 7 No. 21 - 24 - Conmutador 3820450/80 - www.personeriabogota.gov.co

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **8_JTQY9_5418**

Link de verificación -> <http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios>

**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR
NIT 860.066.942-7**

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) **ANGIE LORENA ROJAS GOMEZ** identificado(a) con cedula ciudadanía 1.031.172.044, se encuentra Retirado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20200824	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 14 días del mes de Octubre de 2.020

Observaciones:

Con destino a:

A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multifiliación en el SGSSS.

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
14455221

CER-AFI

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1031172044**, no está registrado/a en el Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 24 de agosto de 2020.



Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

COMPROMISO DE INTEGRIDAD

Como colaborador de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. reconozco la importancia de asumir un compromiso con el logro de los objetivos estratégicos institucionales y por ello me comprometo a:

- ✓ Apropiar y promover los valores y principios de la Entidad, de la función administrativa y del Estado, así como instituir las normas éticas que deben inspirar el proceder y las acciones de todos colaboradores de la Institución.
- ✓ Promover en mi grupo de trabajo y con todos los grupos de interés de la entidad, una cultura socialmente responsable orientada al respeto por los derechos humanos, prácticas laborales justas, con enfoque de precaución frente a los impactos ambientales y a la lucha contra la corrupción.
- ✓ Conocer el Manual Código de Integridad y Buen Gobierno AP-TH-MN-05 de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, y por lo tanto, el compromiso de actuar en coherencia con su contenido y filosofía dado que se relaciona con las conductas que se deben practicar como colaborador de la Entidad.
- ✓ Actuar bajo los lineamientos del Código de Integridad y Buen Gobierno, a cooperar con mi equipo de trabajo y orientar nuestras actuaciones hacia la transparencia y defensa de lo público.

Adicionalmente me comprometo a:

Yo Angie Lorena Rojas Me comprometo dar mi trabajo y respeto hacia la entidad, y dar calidez humana hacia la comunidad.

Nombre: Angie Lorena Rojas Gómez

Documento: 1031172044

Cargo: Auxiliar de enfermería

Fecha: 24 - Agosto - 2020

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL ,
INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 24 de agosto de 2020, a las 19:03:44, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1031172044
Código de Verificación	1031172044200824190344

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.



SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB





[Aumentar el contraste](#)

UTC -5 16:16:17
ANGIE LORENA ROJA...



Búsqueda ▾ Mis procesos ▾ Menú ▾ Ir a ▾

Buscar...

Esitorio → **Menú**

Id de página: 10005916 Ayuda ?

OPORTUNIDADES RECIENTES

No se han encontrado

ÚLTIMAS OFERTAS

No se han encontrado



Menú de búsqueda ▾

Herramientas de trabajo ▾

Páginas inteligentes ▾

Búsqueda

[Oportunidades de
negocio](#)

[Procesos SECOP](#)

[Plan anual de
adquisiciones](#)

Gestión de compradores

[Gestión de evaluaciones
realizadas](#)

[Gestión de evaluaciones
recibidas](#)

Mis procesos

[Mis ofertas](#)

[Mis contratos](#)

Directorio SECOP

[Directorio SECOP](#)

Subasta electrónica

[Subasta electrónica](#)

HACE CONSTAR

Que el(los) cliente(s):

ANGIE LORENA ROJAS GOMEZ

Identificado con

CC1031172044

Actualmente posee(n) el siguiente producto, radicado en la oficina 0026 QUIROGA, con las siguientes características:

CUENTA DE AHORROS CUENTA DE AHORROS

Número : 24101668413

Fecha de Apertura : 25 de agosto de 2020

Condiciones de Manejo : Individual, 1 Firmas(s), 0 Sello(s) húmedo(s) o de caucho, Sin protector

Estado : CUENTA ACTIVA

Esta constancia se expide con destino a: QUIEN INTERESE

Realizada en la oficina 0026 QUIROGA de la ciudad de BOGOTA, el día martes, 25 de agosto de 2020.

Cordialmente,

Efectuado por:

J0B7B4A5 - J ALEXANDRA BALLESTEROS B

FIRMA Y SELLOS AUTORIZADOS

Establecimiento Bancario

VIGILADO



CERTIFICADO DE ASISTENCIA

"Comprometidos con la salud a través de la Educación"

**La Asociación Colombiana para la
Formación Integral en Salud**

Nit.:900.990.978-9

Hace constar que:

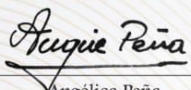
ANGIE LORENA ROJAS GOMEZ

Con Cédula de Ciudadanía No. **1.031.172.044**

Asistió a la Actualización Teórico-Práctica en

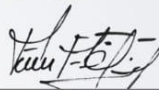
ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Realizada el día 14 de Agosto de 2020 en Bogotá D. C, con una intensidad de
40 (cuarenta) horas.



Angélica Peña
Directora Administrativa





Fabián Gómez
Asistente Administrativo

"Tus Estudios en manos Profesionales"



Libertad y justicia
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

ANGIE LORENA ROJAS GOMEZ

Con Cédula de Ciudadanía No. 1031172044

Cursó y aprobó la acción de Formación

HIGIENE Y MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

con una duración de 10 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogotá, a los veintitres (23) días del mes de mayo de dos mil diecinueve (2019)

Firmado Digitalmente por
JAIME GARCIA DI MOTOLI
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

JAIME GARCIA DI MOTOLI
SUBDIRECTOR
CENTRO DE GESTION DE MERCADOS, LOGISTICA Y TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

60305245 - 23/05/2019
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://certificados.senarobox.com>, bajo el número 9303001898170CC1031172044C.



CERTIFICADO DE ASISTENCIA

"Comprometidos con la salud a través de la Educación"

La Asociación Colombiana para la
Formación Integral en Salud

Nit.:900.990.978-9

Hace constar que:

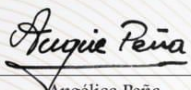
ANGIE LORENA ROJAS GOMEZ

Con Cédula de Ciudadanía No. **1.031.172.044**

Asistió a la Actualización Teórico-Práctica en

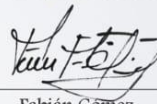
VACUNACION

Realizada el día 9 de Agosto de 2020 en Bogotá D. C, con una intensidad de
40 (cuarenta) horas.



Angélica Peña
Directora Administrativa





Fabián Gómez
Asistente Administrativo

"Tus Estudios en manos Profesionales"



La República de Colombia

y en su nombre

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

"FUSDESA"

Constituida por el Decreto 1000 de 1993, expedido por el Presidente de la República, en virtud del cual se crea la Fundación de Socorristas Desarrollo y Acción "FUSDESA", con el fin de promover el desarrollo y la acción de los socorristas en el país, a través de la capacitación, la investigación y la difusión de la información sobre el tema de la atención de emergencias.

Certifica:

Que:

Angie Lorena Rojas Gomez

Realizó el curso Básico de:

TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO

Con una intensidad de 20 horas



[Firma]
Rafael Antonio Domínguez
Presidente

[Firma]
Dr. Luis Jaime Cárdenas
Coordinador Académico

[Firma]
Freddy Roldán
Secretario General

Hecho en Bogotá, D. C., a los 14 días del mes de Febrero de 2020



La República de Colombia
y en su nombre



La Institución de Formación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

CAMPOALTO

Confiere a:

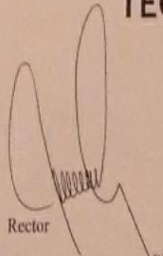
ROJAS GOMEZ ANGIE LORENA

1031172044

El certificado de aptitud ocupacional por haber culminado satisfactoriamente el programa,

**TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN
AUXILIAR EN ENFERMERIA**

Intensidad Horaria: 1800 horas - 38 créditos académicos



Rector



Vicerrector(a)



Dir. Gestión de la Información

Diploma No. 26627 Anotado en el Libro de Registro de Títulos de CAMPOALTO No. 11 Folio 46 del 18 de 04 de 2020

Aprobación oficial según:

Resolución No. 18.095 del 5 de octubre de 2013 de la Secretaría de Educación Distrital.

Bogotá D.C

Señores:

Politécnico Camaralto
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF. autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Ange Lorena Rozzo Gótz en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política establece que "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdo con lo establecido por el literal c del artículo 4 de la ley 1581 de 2012, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad "el tratamiento sólo puede ejercerse con el consentimiento, previo, expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento...."

De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuenta a datos personales en mi calidad de egresado, solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes a emitir respuesta a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. sobre la idoneidad de mi título académico como:

Auxiliar de enfermería
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

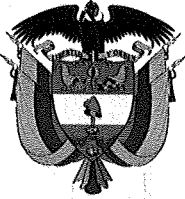
No. de documento:

Tarjeta profesional No:

Dirección de contacto:

Teléfono:

Ange Lorena Rozzo Gótz
1031172044
A13676
Cll 41 Sur # 13645
3145523179



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

Fondo de Desarrollo Local Rafael Uribe Uribe

Sideap_{2.0}

Última Actualización: 11-sep-2020

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO ROJAS		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) GOMEZ		NOMBRES ANGIE LORENA	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1031172044			SEXO F ☒ M ☐		NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____					
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 12 MES SEP AÑO 1997 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Calle 41 sur # 13 g 45 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 7607509 EMAIL gielorena@hotmail.com		

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

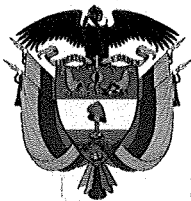
MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1º A 6º DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6º A 11º DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO	Bachillerato		
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	DICIEMBRE	AÑO	2016

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
------------------	--------------------------	-----------------	-------



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

Fondo de Desarrollo Local Rafael Uribe Uribe

Sideap_{2.0}

Última Actualización: 11-sep-2020

DOMINIO DE IDIOMAS

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA , REGULAR (R) BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

4

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NUMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
Privada	0	0
Pública	0	0
Total	0	0

5

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ☐ NO ☐ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS, EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

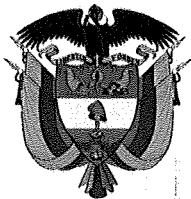
PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha del diligenciamiento

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

Fondo de Desarrollo Local Rafael Uribe Uribe

Sideap_{2.0}

Última Actualización: 11-sep-2020

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA, FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Bogotá D.C. - 11/09/26
Ciudad / fecha

Angie Lorena Rojas Gómez
NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



El futuro
es de todos

Gobierno
de Colombia

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

Fondo de Desarrollo Local Rafael Uribe
Uribe

Sideap 2.0

Última Actualización: 11-sep-2020

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, ANGIE LORENA ROJAS GOMEZ

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 1031172044 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección Calle 41 sur # 13 g 45

Teléfonos 3195523179 7607509

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
---------------------	------------------------	------------

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,

PARA TOMAR POSESION ☐ PARA RETIRARME ☐ PARA ACTUALIZACION ☒

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ☐

QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	\$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	\$ 0,00
ARRIENDOS	\$ 0,00
HONORARIOS	\$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 0,00

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
				\$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
		\$ 0,00

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
		\$ 0,00

1.2 DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES



El futuro
es de todos

Gobierno
de Colombia

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

Fondo de Desarrollo Local Rafael Uribe
Uribe

Sideap 2.0

Última Actualización: 11-sep-2020

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad: **SI** ☐ **NO** ☒ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Angre Lorena Rojas Gómez

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA



BOGOTÁ D.C. 11-sep-2020

CIUDAD Y FECHA

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL				CÓDIGO: ET-CA-FT-011 VERSIÓN: 03 FECHA: 2018-12-31																											
SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)																																	
FECHA:		21/08/2020		CIUDAD:		BOGOTA		DEPARTAMENTO:		CUNDINAMARCA																							
Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá 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 realización de este proceso es de carácter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.																																	
CLASE O TIPO DE VINCULACION LA EMPRESA (MARCA CON X)																																	
PROVEEDOR		☐		PARTICULAR		☐		CONTRATISTA OPS		☐		SERVIDOR PUBLICO		☐		OTRO		☐		CUAL:													
1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL																																	
PRIMER APELLIDO				SEGUNDO APELLIDO:				PRIMER NOMBRE				SEGUNDO NOMBRE																					
ROJAS				GOMEZ				ANGIE				LORENA																					
TIPO DE IDENTIFICACION(Marcar con X)						No IDENTIFICACION				LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio/Departamento)						FECHA EXPEDICION (DD-MM-AAAA)																	
C.C.		☒		C.E.		☐		R.C.		☐		NUIP		☐		1.031.172.044				BOGOTA								20/10/2015					
PASAPORTE				☐		OTRO		☐		CUAL:								ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐															
FECHA NACIMIENTO DD-MM-AAAA:				LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio/Departamento)								PAIS NACIMIENTO				NACIONALIDAD																	
12/09/1997				BOGOTA								CUNDINAMARCA				COLOMBIA				COLOMBIANA													
ESTADO CIVIL (Marcar Con X)												PERSONAS A CARGO		NUMERO DE HIJOS		TELEFONO FIJO/ CELULAR																	
SOLTERO(A)		☒		CASADO(A)				☐		DEVORCIADO(A)				☐		UNION LIBRE		☐		VIUDO(A)		☐											
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA (Marcar con X)												PROFESION/ OFICIO																					
PRIMARIA				☐		BACHILLER				☐		TECNICO				☒		TECNOLOGO				☐		CUAL:				AUXILIAR DE ENFERMERIA					
UNIVERSITARIO				☐		POSTGRADO				☐		MAGISTER				☐		OTRO				☐											
DIRECCION RESIDENCIA:						CIUDAD RESIDENCIA				DEPARTAMENTO:				PAIS RESIDENCIA:				TELEFONO RESIDENCIA															
CLL 41 SUR #13G45						BOGOTA				CUNDINAMARCA				COLOMBIANA				7607509															
CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:						PORTAL O PAGINA INTERNET								TIPO DE VIVIENDA(Marca con X)																			
GIELORENNA@HOTMAIL.COM						FACEBOOK								PROPIA		☐		FAMILIAR		☐		ARRENDADA ☒											
DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)						CIUDAD:				DEPARTAMENTO:				PAIS:				TELEFONO/FAX															
2. DATOS DEL CONYUGE																																	
PRIMER APELLIDO				SEGUNDO APELLIDO:				PRIMER NOMBRE				SEGUNDO NOMBRE																					
TIPO DE IDENTIFICACION(Marcar con X)						NUMERO IDENTIFICACION				LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio/Departamento)						FECHA EXPEDICION (DD-MM-AAAA)																	
C.C.		☐		C.E.		☐		R.C.		☐		NUIP		☐																			
PASAPORTE				☐		OTRO		☐		CUAL:								ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐								NACIONALIDAD:							
3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA (Marcar con X):																																	
ASALARIADO		☐		CONTRATISTA				☐		PENSIONADO				☐		ESTUDIANTE				☒		SOCIO		☐		PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐							
HOGAR		☐		COMERCIANTE				☐		EMPLEADO SOCIO				☐		EMPLEADO PUBLICO				☐		OTRA:		☐		CUAL:							
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:		DECLARA RENTA				SI		☐		IVA		SI		☐		NO		☒		CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONOMICA (DIGITAR CODIGO)													
						NO		☒		ICA		SI		☐		NO		☒		PRINCIPAL:				<input type="text"/>		SECUNDARIA:				<input type="text"/>			
GRAN CONTRIBUYENTE		SI		☐		NO		☒		AGENTE RETENEDOR				SI				☐		AGENTE AUTORETENEDOR				SI				☐		NO		☒	

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)									
FUNCIONARIO PUBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS			NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA				NIT
SI ☐ NO ☐		SI ☐ NO ☐							
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA			GOBIERNO ☐		COMERCIAL ☐	SERVICIOS ☐	SALUD ☐	ENERGIA ☐	ALIMENTOS ☐
EXPORTACIONES ☐	FINANCIERA ☐		MEDICAMENTOS ☐		AGROPECUARIA ☐	INDUSTRIAL ☐	TECNOLOGIA ☐	OTRA : ☐	
DIRECCION DE LA EMPRESA		TELEFONO FIJO/CELULAR			CIUDAD/MUNICIPIO		DEPARTAMENTO		PAIS
CARGO ACTUAL							FECHA VINCULACION (DD-MM-AAAA)		
4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO									
NUMERO DE EMPLEADOS		VENTAS ANUALES		CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL		DESCRIPCION ACTIVIDAD		FECHA CONSTITUCION (DD-MM-AAAA)	TIPO SOCIEDAD
5. INFORMACIÓN FINANCIERA (PESOS \$)									
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES			ACTIVOS		PASIVOS		
SALARIOS				GASTOS FAMILIARES				AHORROS	
HONORARIOS				ARRIENDOS				INVERSIONES	
ARRIENDOS				CUOTA VEHICULO				VEHICULOS	
COMISIONES				CUOTA VIVIENDA				PROPIEDADES	
OTROS INGRESOS*				OTROS EGRESOS*				OTROS ACTIVOS*	
TOTAL INGRESOS		0		TOTAL EGRESOS		0		TOTAL ACTIVOS	
								0	
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS			DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS		
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		
CONTRERAS					ANDREA		CAROLINA		
DIRECCION		CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS			TIPO RELACION		TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR		
CONJUNTO DE LA SABANA		BOGOTA			AMIGA -TENIENTE CORONEL		3134516657		
7. REFERENCIA FINANCIERA									
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO			NUMERO		SUCURSAL		TELEFONO
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒ (Marcar con X)									
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO			NUMERO		CIUDAD/PAIS		MONEDA
									MONTO
IMPORTACION ☐		EXPORTACION ☐		TRANSFERENCIA ☐		PAGO SERVICIOS ☐		PRESTAMO ☐	
								OTRO ☐	
								CUAL:	
8. INFORMACION COMERCIAL (Marcar con X)									
POR QUE MEDIO O CANAL CONOCIO SOBRE LOS SERVICIOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE			CORRESPONDECIA ☐		PUBLICIDAD ENTIDAD ☒		MERCADEO ☐		INTERNET ☒
							BASE DE DATOS ☐		EVENTOS ☐
OTRA ☐		CUAL:				REFERENCIADO CLIENTE NUEVO ☐		REFERENCIADO CLIENTE ANTIGUO ☐	INVITACION A COTIZAR ☐
								PORTAL WEB SUBRED ☐	
								LLAMADA TELEFONICA ☐	
								PORTALES EMPLEO ☐	
9. DECLARACION 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 CENTRO ORIENTE 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> <div><div>1. Que los recursos que entregue y entregaré a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):</div><div>OCUPACION AUXILIAR DE ENFERMERIA</div></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 la adicione, complemento 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 la adicione, complemento 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 CENTRO ORIENTE ESE se destinaran 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 CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE 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, modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE 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 CENTRO ORIENTE ESE.</p>									

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)	
10. DOCUMENTOS REQUERIDOS	
<p>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.</p> <p>Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.</p> <p>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</p> <p>Nota: Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia legible de la tarjeta profesional del Contador Público.</p> <p>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</p>	
<p>1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes)</p> <p>2. Fotocopia del Registro Único 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 año, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)</p> <p>APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.</p> <p>NOTA: Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)</p>	
11. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO. AUTORIZACION 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 PROVENIENTES DE OTROS PAISES.	
<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 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.</p> <p>3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran 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>	
AUTORIZACION	
<p>Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente 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>Declaro expresamente:</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: 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, 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.</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 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 que el capitulo 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 mi.</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 Centro Oriente 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, transfieran, 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 Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud <u>(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, teléfono 344 44 84 , e-mail sarlaft@subredcentrooriente.gov.co)</u> y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.</p> <p>9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizado, 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> <p>NOTA: Si desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " POLÍTICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".</p>	
11. FIRMA Y HUELLA	
<p>COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARÓ QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERIDICA EN TODAS SUS PARTES Y EN CONSTANCIA FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO</p> <p>_____</p> <p>Firma Cliente / Representante Legal</p>	<div></div> <p>Huella Índice Derecho</p>
12. INFORMACION DE ENTREVISTA	13. VERIFICACION DE LA INFORMACION

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)							
1.Fecha y Hora:		2. Ciudad		1. Fecha y Hora:		2. Ciudad	
3.Nombre del funcionario Subred				3. Nombre y Cargo (Contraparte)			
4. Lugar de la Entrevista:				4. Lugar de la verificación:			
5. Observaciones:				5. Observaciones:			
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO	☐	RECHAZADO	☐	6. Firma y No Cédula:		
7. Firma y Cédula				7. Nombre Apellidos Funcionario Subred			
8. Proceso Responsable Subred				8. Proceso Responsable Subred			

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL				CÓDIGO: ET-CA-FT-011 VERSIÓN: 03 FECHA: 2018-12-31																																													
SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)																																																			
FECHA:		21/08/2020		CIUDAD:		BOGOTA		DEPARTAMENTO:		CUNDINAMARCA																																									
Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá 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 realización de este proceso es de carácter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.																																																			
CLASE O TIPO DE VINCULACION LA EMPRESA (MARCA CON X)																																																			
PROVEEDOR		☐		PARTICULAR		☐		CONTRATISTA OPS		☐		SERVIDOR PUBLICO		☐		OTRO		☐		CUAL:																															
1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL																																																			
PRIMER APELLIDO				SEGUNDO APELLIDO:				PRIMER NOMBRE				SEGUNDO NOMBRE																																							
ROJAS				GOMEZ				ANGIE				LORENA																																							
TIPO DE IDENTIFICACION(Marcar con X)						No IDENTIFICACION				LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio/Departamento)						FECHA EXPEDICION (DD-MM-AAAA)																																			
C.C.		☒		C.E.		☐		R.C.		☐		NUIP		☐		1.031.172.044				BOGOTA								20/10/2015																							
PASAPORTE				☐				OTRO				☐				CUAL:								ES RESIDENTE EN COLOMBIA?				SI		☒		NO		☐																	
FECHA NACIMIENTO DD-MM-AAAA:				LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio/Departamento)								PAIS NACIMIENTO				NACIONALIDAD																																			
12/09/1997				BOGOTA								CUNDINAMARCA				COLOMBIA				COLOMBIANA																															
ESTADO CIVIL (Marcar Con X)												PERSONAS A CARGO				NUMERO DE HIJOS				TELEFONO FIJO/ CELULAR																															
SOLTERO(A)				☒				CASADO(A)				☐				DEVORCIADO(A)				☐				UNION LIBRE				☐				VIUDO(A)				☐															
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA (Marcar con X)																		PROFESION/ OFICIO																																	
PRIMARIA				☐				BACHILLER				☐				TECNICO				☒				TECNOLOGO				☐				CUAL:								AUXILIAR DE ENFERMERIA											
UNIVERSITARIO				☐				POSTGRADO				☐				MAGISTER				☐				OTRO				☐																							
DIRECCION RESIDENCIA:						CIUDAD RESIDENCIA						DEPARTAMENTO:						PAIS RESIDENCIA:						TELEFONO RESIDENCIA																											
CLL 41 SUR #13G45						BOGOTA						CUNDINAMARCA						COLOMBIANA						7607509																											
CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:						PORTAL O PAGINA INTERNET						TIPO DE VIVIENDA(Marca con X)																																							
GIELORENNA@HOTMAIL.COM						FACEBOOK						PROPIA		☐		FAMILIAR		☐		ARRENDADA		☒																													
DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)						CIUDAD:				DEPARTAMENTO:				PAIS:				TELEFONO/FAX																																	
2. DATOS DEL CONYUGE																																																			
PRIMER APELLIDO				SEGUNDO APELLIDO:				PRIMER NOMBRE				SEGUNDO NOMBRE																																							
TIPO DE IDENTIFICACION(Marcar con X)						NUMERO IDENTIFICACION				LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio/Departamento)						FECHA EXPEDICION (DD-MM-AAAA)																																			
C.C.		☐		C.E.		☐		R.C.		☐		NUIP		☐																																					
PASAPORTE				☐				OTRO				☐				CUAL:								ES RESIDENTE EN COLOMBIA:				SI		☐		NO		☐		NACIONALIDAD:															
3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA (Marcar con X):																																																			
ASALARIADO		☐		CONTRATISTA		☐		PENSIONADO		☐		ESTUDIANTE		☒		SOCIO		☐		PROFESIONAL INDEPENDIENTE		☐																													
HOGAR		☐		COMERCIANTE		☐		EMPLEADO SOCIO		☐		EMPLEADO PUBLICO		☐		OTRA:		☐		CUAL:																															
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:		DECLARA RENTA		SI		☐		IVA		SI		☐		NO		☒		CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONOMICA (DIGITAR CODIGO)																																	
				NO		☒		ICA		SI		☐		NO		☒		PRINCIPAL:		<input type="text"/>		SECUNDARIA:		<input type="text"/>																											
GRAN CONTRIBUYENTE		SI		☐		NO		☒		AGENTE RETENEDOR				SI		☐		AGENTE AUTORETENEDOR				SI		☐		NO		☒																							

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)									
FUNCIONARIO PUBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS			NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA				NIT
SI ☐ NO ☐		SI ☐ NO ☐							
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA			GOBIERNO ☐		COMERCIAL ☐	SERVICIOS ☐	SALUD ☐	ENERGIA ☐	ALIMENTOS ☐
EXPORTACIONES ☐	FINANCIERA ☐		MEDICAMENTOS ☐		AGROPECUARIA ☐	INDUSTRIAL ☐	TECNOLOGIA ☐	OTRA : ☐	
DIRECCION DE LA EMPRESA		TELEFONO FIJO/CELULAR			CIUDAD/MUNICIPIO		DEPARTAMENTO		PAIS
CARGO ACTUAL							FECHA VINCULACION (DD-MM-AAAA)		
4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO									
NUMERO DE EMPLEADOS		VENTAS ANUALES		CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL		DESCRIPCION ACTIVIDAD		FECHA CONSTITUCION (DD-MM-AAAA)	TIPO SOCIEDAD
5. INFORMACIÓN FINANCIERA (PESOS \$)									
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES			ACTIVOS		PASIVOS		
SALARIOS			GASTOS FAMILIARES				AHORROS		
HONORARIOS			ARRIENDOS				INVERSIONES	TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS			CUOTA VEHICULO				VEHICULOS	DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES			CUOTA VIVIENDA				PROPIEDADES	DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*			OTROS EGRESOS*				OTROS ACTIVOS*	OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	0		TOTAL EGRESOS		0		TOTAL ACTIVOS	0	
DESCRIPCION OTROS INGRESOS			DESCRIPCION OTROS EGRESOS			DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	
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		
CONTRERAS					ANDREA		CAROLINA		
DIRECCION		CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS			TIPO RELACION		TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR		
CONJUNTO DE LA SABANA		BOGOTA			AMIGA -TENIENTE CORONEL		3134516657		
7. REFERENCIA FINANCIERA									
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO			NUMERO	SUCURSAL		TELEFONO	
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒ (Marcar con X)									
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NUMERO	CIUDAD/PAIS		MONEDA	MONTO	
IMPORTACION ☐	EXPORTACION ☐		TRANSFERENCIA ☐		PAGO SERVICIOS ☐	PRESTAMO ☐	OTRO ☐	CUAL:	
8. INFORMACION COMERCIAL (Marcar con X)									
POR QUE MEDIO O CANAL CONOCIO SOBRE LOS SERVICIOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE			CORRESPONDECIA ☐		PUBLICIDAD ENTIDAD ☒	MERCADEO ☐	INTERNET ☒	BASE DE DATOS ☐	EVENTOS ☐
OTRA ☐	CUAL:		REFERENCIADO CLIENTE NUEVO ☐		REFERENCIADO CLIENTE ANTIGUO ☐	INVITACION A COTIZAR ☐	PORTAL WEB SUBRED ☐	LLAMADA TELEFONICA ☐	PORTALES EMPLEO ☐
9. DECLARACION 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 CENTRO ORIENTE 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 CENTRO ORIENTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):</p> <div><p>OCUPACION AUXILIAR DE ENFERMERIA</p></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 la adicione, complemento 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 la adicione, complemento 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 CENTRO ORIENTE ESE se destinaran 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 CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE 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, modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE 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 CENTRO ORIENTE ESE.</p>									

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)	
10. DOCUMENTOS REQUERIDOS	
<p>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.</p> <p>Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.</p> <p>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</p> <p>Nota: Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia legible de la tarjeta profesional del Contador Público.</p> <p>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</p>	
<p>1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes)</p> <p>2. Fotocopia del Registro Único 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 año, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)</p> <p>APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.</p> <p>NOTA: Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)</p>	
11. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO. AUTORIZACION 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 PROVENIENTES DE OTROS PAISES.	
<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 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.</p> <p>3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran 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>	
AUTORIZACION	
<p>Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente 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>Declaro expresamente:</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: 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, 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.</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 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 que el capitulo 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 Centro Oriente 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, transfieran, 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 Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud <u>(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, teléfono 344 44 84 , e-mail sarlaft@subredcentrooriente.gov.co)</u> y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.</p> <p>9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizado, 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> <p>NOTA: Si desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " POLÍTICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".</p>	
11. FIRMA Y HUELLA	
<p>COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARÓ QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERIDICA EN TODAS SUS PARTES Y EN CONSTANCIA FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO</p> <p>_____</p> <p>Firma Cliente / Representante Legal</p>	<div></div> <p>Huella Índice Derecho</p>
12. INFORMACION DE ENTREVISTA	13. VERIFICACION DE LA INFORMACION

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)							
1.Fecha y Hora:		2. Ciudad		1. Fecha y Hora:		2. Ciudad	
3.Nombre del funcionario Subred				3. Nombre y Cargo (Contraparte)			
4. Lugar de la Entrevista:				4. Lugar de la verificación:			
5. Observaciones:				5. Observaciones:			
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO	☐	RECHAZADO	☐	6. Firma y No Cédula:		
7. Firma y Cédula				7. Nombre Apellidos Funcionario Subred			
8. Proceso Responsable Subred				8. Proceso Responsable Subred			

