

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.		FORMULARIO CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL		05.018.F1.07.V1	
SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARLAFT					
FECHA:	03/10/2018	Ciudad:	Bogotá, D.C.	DEPARTAMENTO:	Cundinamarca
<p>Destinado Cliente. Con el diligenciamiento de este formulario nos permitimos actualizar al Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Manual 5.2.2.2.1, de la Circular Externa No 030 de 2018, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., como entidad de Activos y Financiación del Terrorismo.</p>					
CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN LA EMPRESA (MARCA CON X)					
PROVEEDOR	<input type="checkbox"/>	PARTICULAR	<input type="checkbox"/>	CONTRATISTA OPS	<input checked="" type="checkbox"/>
SERVICIOR PÚBLICO	<input type="checkbox"/>	OTRO	<input type="checkbox"/>	CUAL:	CNA
1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL					
PRIMER APELLIDO	Bermúdez	SEGUNDO APELLIDO:	Medina	PRIMER NOMBRE	Gustavo
SEGUNDO NOMBRE	Adolfo				
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	C.C. <input checked="" type="checkbox"/>	C.E. <input type="checkbox"/>	R.C. <input type="checkbox"/>	N.R.P. <input type="checkbox"/>	IDENTIFICACIÓN No
FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)	1989/02/28	LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio)	Bogotá, D.C.	ES RESIDENTE EN COLOMBIA?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
FECHA NACIMIENTO:	10/07/1970	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	Bogotá, D.C.	PAÍS NACIMIENTO	Colombia
NACIONALIDAD:	Colombiano				
ESTADO CIVIL	SOLTERO(A) <input checked="" type="checkbox"/>	CASADO(A) <input type="checkbox"/>	VIUDO(A) <input type="checkbox"/>	DIVORCIADO(A) <input type="checkbox"/>	PERSONA A CARGO
UNION LIBRE <input type="checkbox"/>	NA	NÚMERO DE HIJOS			
TELEFONO CELULAR	3138147462	PROFESIÓN / OTRO			
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA					
MAGISTER	<input type="checkbox"/>	POSGRADO	<input type="checkbox"/>	UNIVERSITARIO	<input type="checkbox"/>
BACHILLER	<input type="checkbox"/>	TECNICO	<input checked="" type="checkbox"/>	TECNOLOGO	<input type="checkbox"/>
OTRO	<input type="checkbox"/>	CUAL:	NA	Ayudante de Cafetería	
DIRECCIÓN RESIDENCIA:	Calle 58 # 17-33	Ciudad RESIDENCIA:	Bogotá	DEPARTAMENTO:	Cundinamarca
PAÍS RESIDENCIA:	Colombia	TELEFONO RESIDENCIA:	6015336232		
CORREO ELECTRÓNICO:	3bermudezmedina52@gmail.com	PORTAL O PÁGINA INTERNET	NA		
DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	NA	Ciudad:	NA	DEPARTAMENTO:	NA
PAÍS:	NA	TELEFONO FAX:	NA		
2. DATOS DEL CÓNYUGE					
PRIMER APELLIDO	NA	SEGUNDO APELLIDO:	NA	PRIMER NOMBRE	NA
SEGUNDO NOMBRE	NA				
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	C.C. <input type="checkbox"/>	C.E. <input type="checkbox"/>	R.C. <input type="checkbox"/>	N.R.P. <input type="checkbox"/>	IDENTIFICACIÓN No
FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)	NA	LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio)	NA	ES RESIDENTE EN COLOMBIA?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
FECHA NACIMIENTO:	NA	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	NA	PAÍS NACIMIENTO	NA
NACIONALIDAD:	NA				
3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA:					
ASALARADO	<input type="checkbox"/>	ESTUDIANTE	<input type="checkbox"/>	HOJAR	<input type="checkbox"/>
SOCIO	<input type="checkbox"/>	CONTRATISTA	<input checked="" type="checkbox"/>	COMERCIANTE	<input type="checkbox"/>
PROFESIONAL INDEPENDIENTE	<input type="checkbox"/>	EMPLEADO SOCIO	<input type="checkbox"/>	EMPLEADO PÚBLICO	<input type="checkbox"/>
OTRA	<input type="checkbox"/>	CUAL:	NA		
INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	PVA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ICA
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
GRAN CONTRIBUYENTE	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	AGENTE RETENEDOR	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	AGENTE AUTORETENEDOR	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
FUNCIONARIO PÚBLICO	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONÓMICA	
ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	COMERCIO	COMERCIO	SERVICIOS	ALAS	OTRO
EXPORTACIONES	AGRICOLA	ENERGÉTICA	FINANCIERA	TRANSPORTE	TECNOLOGÍA
OTRA	CUAL:	NA			

DIRECCIÓN DE LA EMPRESA		TELÉFONO		CIUDAD/MUNICIPIO		DEPARTAMENTO		PAÍS	
NA		NA		NA		NA		NA	
CARGO ACTUAL		NA							
4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO									
NÚMERO DE EMPLEADOS		VENTAS ANUALES		CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA		DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD		FECHA CONSTITUCIÓN	
NA		NA		NA		NA		NA	
5. INFORMACIÓN FINANCIERA									
INGRESOS MENSUALES			EGRESOS MENSUALES			ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS			GASTOS FAMILIARES			AHORROS		SALDO HIPOTECA	
NA			300.000			NA		NA	
HONORARIOS			ARRIENDOS			INVERSIONES		TARJETAS DE CRÉDITO	
1500.000			NA			NA		300.000	
ARRIENDOS			CUOTA VEHÍCULO			VEHÍCULOS		DEUDAS VEHÍCULOS	
NA			NA			NA		NA	
COMISIONES			CUOTA VIVIENDA			PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
NA			NA			NA		1000.000	
OTROS INGRESOS*			OTROS EGRESOS*			OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
NA			NA			NA		NA	
TOTAL INGRESOS			TOTAL EGRESOS			TOTAL ACTIVOS		TOTAL PASIVOS	
50			50			50		50	
DESCRIPCIÓN OTROS INGRESOS			DESCRIPCIÓN OTROS EGRESOS			DESCRIPCIÓN OTROS ACTIVOS		DESCRIPCIÓN OTROS PASIVOS	
NA			NA			NA		NA	
6. REFERENCIAS PERSONALES (No debe ser familiar al vivir con el Cliente o Cotraparte y deben ser localizable en Monario Laboral)									
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE			
Cardenas		Beltran		claudia		Mireya			
DIRECCIÓN		CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAÍS		TIPO RELACIÓN		TELÉFONO FIJO Y/O EXTENSIÓN/CELULAR			
CRA 7 # 3-87		Soacha Cundina		Amiga		3202066097			
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	
NA		NA		NA		NA		NA	
DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS:								CUAL:	
IMPORTACIÓN <input type="checkbox"/> EXPORTACIÓN <input type="checkbox"/> TRANSFERENCIAS <input type="checkbox"/> PRÉSTAMOS <input type="checkbox"/> PAGO SERVICIOS <input type="checkbox"/>								NA	
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 desde 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 008 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 525 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.):									
Actividades como Auxiliar de Enfermería									
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 admite que terceros entreguen recursos en su 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 efectúe transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.									
4. Así mismo declara que los recursos que recibe de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE se destinan a actividades lícitas.									
5. Informará inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.									
6. Cuando a ello haya lugar, autoriza 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 incumplimiento 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, asumiendo 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 deprenderías de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.									
Profesional Independiente/Contratista por OPI: 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 Empresarios: 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 RIR 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 declarados según sea el caso. (Obligados a llevar contabilidad)									
APODERADO: Adjunto 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, CREDITICIA, 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 lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentren contenidas 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 tratan observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, enténdase por la ESE, Subred Integrada de Servicios de Sur ESE, con NIT 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 43, Edificio 3 44 44 84 y 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, suministraré mis 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 la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, doctor, contraparte contractual, Servidor Público, Contratista por OPI 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 estadísticas técnicas, 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 la salud. l) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. m) Envío de información de Sujetos de tributación en la salud. n) Envío de información de Sujetos de tributación en la salud. o) Envío de información de Sujetos de tributación en la salud. p) Envío de información de Sujetos de tributación en la salud. q) Envío de información de Sujetos de tributación en la salud. r) Envío de información de Sujetos de tributación en la salud. s) Envío de información de Sujetos de tributación en la salud. t) Envío de información de Sujetos de tributación en la salud. u) Envío de información de Sujetos de tributación en la salud. v) Envío de información de Sujetos de tributación en la salud. w) Envío de información de Sujetos de tributación en la salud. x) Envío de información de Sujetos de tributación en la salud. y) Envío de información de Sujetos de tributación en la salud. z) Envío de información de Sujetos de tributación en la salud.

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

3. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las 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 derivadas 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 adelanten gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UAF, 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 estadísticas técnicas y estadísticas.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN 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 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 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 he sido obligado a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyen en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se comparten, transfieren, transmiten, entregan o divulgan, en desarrollo de lo 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, teléfono 7500000, e-mail: servicio@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 DIRECCIÓN, CIUDAD, TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO 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 "POLÍTICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACIÓN DE DATOS PERSONALES".

DC. 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.



Firma Cliente / Representante Legal



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:	<input type="checkbox"/> ACEPTADO <input type="checkbox"/> RECHAZADO
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:	