

		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 ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARLAFT			
FECHA: 12-03-2025	CIUDAD: Bogotá D.C.	DEPARTAMENTO: Cundinamarca	
<p>Destinatario Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, de la Circular Externa No 000 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 Sur E.S.E, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forme parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado 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"/>	SERVIDOR PÚBLICO <input type="checkbox"/>
OTRO <input type="checkbox"/>		CUAL: NA	
1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL			
PRIMER APELLIDO: Numpague	SEGUNDO APELLIDO: Quintero	PRIMER NOMBRE: Natalia	SEGUNDO NOMBRE: NA
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	No IDENTIFICACIÓN	LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)
C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> NIUP <input type="checkbox"/>	1030573631	Bogotá D.C.	2008/05/28
PASAPORTE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>	NA	ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
FECHA NACIMIENTO: 17/04/1990	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio): Bogotá D.C.	PAÍS NACIMIENTO: Colombia	NACIONALIDAD: Colombiano
ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELÉFONO CELULAR
SOLTERO(A) <input type="checkbox"/> UNIÓN LIBRE <input checked="" type="checkbox"/>	CASADO(A) <input type="checkbox"/> VIUDO(A) <input type="checkbox"/>	2	2
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA			PROFESIÓN / 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			Aut. enfermería
DIRECCIÓN RESIDENCIA: C.I. 34180 SW 14 95170	CIUDAD RESIDENCIA: Bogotá	DEPARTAMENTO: Cundinamarca	PAÍS RESIDENCIA: Colombia
CORREO ELECTRÓNICO: natalia1030573631@gmail.com	PORTAL O PÁGINA INTERNET: NA	TIPO DE VIVIENDA	
DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (si tiene): NA		CIUDAD: NA	DEPARTAMENTO: NA
PAÍS: NA		TELÉFONO/FAX: NA	
2. DATOS DEL CÓNYUGE			
PRIMER APELLIDO: Hucifano	SEGUNDO APELLIDO: Gonzalez	PRIMER NOMBRE: Jonathan	SEGUNDO NOMBRE: Steven
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NUMERO IDENTIFICACIÓN	LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)
C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> NIUP <input type="checkbox"/>	1023382444	Bogotá	2009/03/16
PASAPORTE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>	CUAL: NA	ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	NACIONALIDAD: Colombiano
3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA			
ASALARIADO <input type="checkbox"/> SOCIO <input type="checkbox"/> PROFESIONAL INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/>	ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> CONTRATISTA <input checked="" type="checkbox"/> EMPLEADO SOCIO <input type="checkbox"/>	HOJAR <input type="checkbox"/> COMERCIANTE <input type="checkbox"/>	PENSIONADO <input type="checkbox"/> EMPLEADO PÚBLICO <input type="checkbox"/> OTRA... <input type="checkbox"/>
CUAL: NA		CODIGOS C.I.U. ACTIVIDAD ECONÓMICA	
INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE: DECLARA RENTA SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		IVA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ICA 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: NA	
ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO <input type="checkbox"/> COMERCIAL <input type="checkbox"/> SERVICIOS <input type="checkbox"/> ALUD <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 ECONÓMICA		DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD		FECHA CONSTITUCIÓN		TIPO SOCIEDAD	
NA		NA		NA		NA		NA		NA	
5. INFORMACIÓN FINANCIERA											
INGRESOS MENSUALES			EGRESOS MENSUALES			ACTIVOS			PASIVOS		
SALARIOS			GASTOS FAMILIARES			AHORROS			SALDO HIPOTECA		
NA			600.000			300.000			NA		
HONORARIOS			ARRIENDOS			INVERSIONES			TARJETAS DE CRÉDITO		
2'400.000			NA			NA			200.000		
ARRIENDOS			CUOTA VEHÍCULO			VEHÍCULOS			DEUDA VEHÍCULOS		
600.000			NA			NA			NA		
COMISIONES			CUOTA VIVIENDA			PROPIEDADES			DEUDAS TERCEROS		
NA			NA			NA			NA		
OTROS INGRESOS*			OTROS EGRESOS*			OTROS ACTIVOS*			OTROS PASIVOS*		
NA			NA			NA			NA		
TOTAL INGRESOS			TOTAL EGRESOS			TOTAL ACTIVOS			TOTAL PASIVOS		
3'000.000			600.000			300.000			200.000		
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 Colaborante y debe ser localizable en horario laboral)											
PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE		
Munoz			Baquero			Myller			Mauricio		
DIRECCIÓN			CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAÍS			TIPO RELACIÓN			TELÉFONO FIJO Y/O EXTENSIÓN/CELULAR		
Cra 30 # 30 A 731			Soacha /Cundinamarca			Amigo			318 3444141		
7. REFERENCIA FINANCIERA											
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NÚMERO		SUCURSAL		TELÉFONO			
NA		NA		NA		NA		NA			
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>											
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NÚMERO		PAÍS/CIUDAD		MONEDA		MONTO PROMEDIO	
NA		NA		NA		NA		NA		NA	
DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS:								CUAL: NA			
IMPORTACIÓN <input type="checkbox"/> EXPORTACIÓN <input type="checkbox"/> TRANSFERENCIAS <input type="checkbox"/> PRÉSTAMOS <input type="checkbox"/> PAGO SERVICIOS <input type="checkbox"/>								OTRA <input type="checkbox"/>			
8. DECLARACIÓN DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS											
<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 2008 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":</p> <p>1. Que los recursos que entregue y entregue a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle: ocupación, profesión, negocio, etc.):</p> <p style="text-align: center;">Auxiliar de Enfermería</p> <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 admitir 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 mí efectuadas, extinguido 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 hubiera 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 fueron requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE.</p>											
9. DOCUMENTOS REQUERIDOS											
<p>Asalarado: Certificado 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. Nota: Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.</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 por 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 último período gravable declarado (si está obligado a declarar).</p> <p>6. Estados Financieros del último período disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o documentados según sea el caso. (Obligados a llevar contabilidad)</p> <p>APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.</p> <p>NOTA: Todos los conceptos 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, CREDITICIA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAÍSES.

#### CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son recogidos 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 los 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 requerirá 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 tratarán observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procede a emitir la siguiente:

#### AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, enténdase por la ESE, Subred Integrada de Servicios de Sur ESE, con Nit 900.559.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 43, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:

A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministro 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, deudor, contraparte contractual, Servidor Público, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios; b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos; c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre; d) El control y la prevención del riesgo; e) La liquidación y pago de cuentas; f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados; g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud; h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general, estudios técnicos del sector salud; i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud; j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud; k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables; l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia; m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidad mencionada en: 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 UIAF, Fasecolfin, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la solución 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 estadísticas.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES: 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 legislación legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.

6. DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: Que como titular de la información, nos existen 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, 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 Sur ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud **Carrera 20 #47B - 35 Sur Bogotá D.C. teléfono 7300000, e-mail: [sarlah@subredsur.gov.co](mailto:sarlah@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 fueran informados en el presente documento.

NOTA: Si desea ampliar esta información por favor visite: [www.subredsur.gov.co](http://www.subredsur.gov.co) en el Link "POLÍTICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACIÓN DE DATOS PERSONALES".

#### IX. FIRMA Y HUELLA

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



Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

#### 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:	