ANEXO No. 1
CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Bogotá D. C.
Señores
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD
Soacha (Cundinamarca).

Referencia: CONVOCATORIA PUBLICA - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DESALUD No. 013 de 2026. PARA CONTRATAR "SUMINISTRO DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS E INJERTOS ÓSEOS, REQUERIDOS PARA LA REALIZACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE ORTOPEDIA, TRAUMATOLOGÍA Y DEMÁS SUBESPECIALIDADES, EJECUTADOS POR LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA." Ubicado en la Calle 13 No 9 – 85 de Soacha (Cundinamarca).

El suscrito Matilde Motta Prada identificada con la cédula de ciudadanía N° 1.108.929.153 Expedida en Guamo, actuando en calidad de representante legal de la compañía SBO GROUP SAS, domiciliada en la calle 88 N° 22 – 34 de Bogotá y suficientemente autorizado según consta en certificado de representación legal expedido por cámara y comercio, me permito presentar propuesta para la convocatoria de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA ubicado en la Calle 13 No 9 – 85 de Soacha (Cundinamarca).

Los términos de esta propuesta han sido formulados con base en las especificaciones contenidas en los pliegos de condiciones. Declaro aceptar y haber entendido en toda su extensión sus alcances y significado.

El suscrito declara:

1. Bajo la gravedad del juramento que se entiende prestado con la firma del presente documento, que, en el evento de resultar adjudicatario de esta INVITACION, cumpliré con todo lo ofrecido en esta propuesta. Por lo tanto, acepto, si así no se hiciere, que la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA haga efectiva la garantía de seriedad de la propuesta, sin tener derecho a reclamación alguna y que la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA tome las decisiones que estime convenientes con respecto a la adjudicación de la presente Invitación a Cotizar.
2. Que ninguna persona natural o jurídica diferente del aquí proponente tiene interés en la propuesta que presento ni en el contrato que pudiera celebrarse y que, en consecuencia, sólo compromete a la firma que represento.
3. Que hemos examinado cuidadosamente los pliegos de condiciones correspondientes y nos hemos enterado perfectamente del significado de todo lo que en estas se expresan, aceptamos su contenido y en caso que nos fuera adjudicado el contrato, nos obligamos a cumplir con lo establecido en los mismos.
4. Que no estamos incursos en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad establecidas en la ley 80 de 1993, ni en ninguno de los eventos de prohibición especiales para contratar.
5. Que no somos responsables fiscalmente en virtud de lo dispuesto en la ley 610 del 2000 y la resolución orgánica 05149 de la Contraloría General de la República.

6. Que nos encontramos al día con el pago de los aportes de nuestros empleados a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, cuando a ello haya lugar, conforme a lo establecido en el artículo 50 de la ley 789 de 2002.

7. Que ejecutaremos el contrato de acuerdo con los precios y calidades relacionados en la propuesta.

8. Que el valor total de la propuesta es de ochocientos ochenta y dos millones de pesos ($882.000.000) incluido el Impuesto al valor Agregado -IVA.

9. Que la oferta tiene una validez de ciento veinte (120) días calendario, contados a partir de la fecha de cierre de la presente Invitación a Cotizar.

10. Que aceptamos expresamente la forma de pago establecida en los términos de referencia.

11. Que en caso que se nos adjudique la presente invitación pública, nos comprometemos a suscribir el correspondiente contrato y a otorgar dentro de los plazos exigidos en los términos de referencia, todas las garantías solicitadas en los montos y vigencias indicadas.

12. Que, en el evento de resultar favorecido en la adjudicación, nos obligamos a aceptar la supervisión designada por La Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha.

13. Manifestamos bajo la gravedad del juramento, que no nos ha sido aplicada la garantía de cumplimiento y/o calidad en los últimos dos (2) años, ni nos han sido impuestas multas durante este período.

14. Esta propuesta sólo compromete a la firma que represento.

15. La propuesta se presenta en la forma como se indica en la respectiva Invitación debidamente foliada.

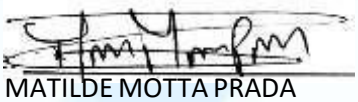
16. Aceptamos que la presente propuesta no compromete a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADOREGION DE SALUD Para todos los efectos informo a ustedes que toda la correspondencia relacionada con esta invitación la recibiremos en:

Dirección: calle 88 # 22 - 34 Ciudad: Bogotá

Fax: N/A Teléfono: 3451585

Correo electrónico: diroperativa@sbo.com.co

Cordialmente,



MATILDE MOTTA PRADA
SBO GROUP SAS
NIT/C: 900.346.428-9

ANEXO No. 2

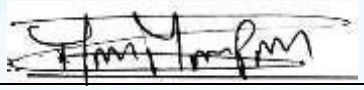
MODELO DE CERTIFICACIÓN ACREDITANDO PAGO DE APORTES SOLO APLICA PARAPERSONAS JURÍDICAS (ART. 50 LEY 789/02)

SBO GROUP SAS

CERTIFICACIÓN

El suscrito Certifico que SBO GROUP SAS con NIT N° 900.346.428-9, ha cumplido con el pago de los aportes de sus empleados a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, durante seis (6)meses, incluyendo los últimos seis (6) meses anteriores a la fecha de cierre de esta Invitación a Cotizar.

Expedida a los 13 días del mes de abril de 2026.

Firma: 

Matilde Motta Prada
Representante legal

Firma: 

José Luis Ruiz Rincón
Revisor Fiscal

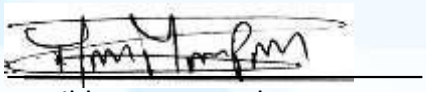
Bogotá D.C. abril 13 de 2026

Señores:
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA
Ciudad

ANEXO 3 MODELO CONFORMACIÓN UNIÓN TEMPORAL

Matilde Motta Prada identificada con cédula de ciudadanía N° 1.108.929.153 actuando en calidad de representante legal de la compañía SBO GROUP SAS identificada con NIT N° 900.346.428-9 certifico que no aplicamos al "ANEXO 3 MODELO CONFORMACION UNIÓN TEMPORAL", ya que no manejamos este tipo de conformación.

Cordialmente;



Matilde Motta Prada
Representante Legal
SBO GROUP SAS

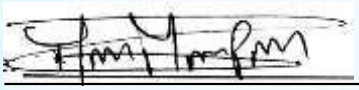
Bogotá D.C. abril 13 de 2026

Señores:
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA
Ciudad

ANEXO 4 MODELO CONFORMACIÓN CONSORCIO

Matilde Motta Prada identificada con cédula de ciudadanía N° 1.108.929.153 actuando en calidad de representante legal de la compañía SBO GROUP SAS identificada con NIT N° 900.346.428-9 certifico que no aplicamos al "ANEXO 4 MODELO CONFORMACION CONSORCIO", ya que no manejamos este tipo de conformación.

Cordialmente;



Matilde Motta Prada
Representante Legal
SBO GROUP SAS

ANEXO No. 5

CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES Y/O CONSULTAS

EL SUSCRITO DECLARA QUE:

Conozco las causales de inhabilidad e incompatibilidad para contratar con la Entidades Estatales de conformidad con las Leyes 80 de 1983, 1150 de 2007, 1474 de 2011 y demás normas sobre la materia. Así como las sanciones establecidas por transgresión a las mismas en los artículos 26 numeral 7, 52 y los efectos legales consagrados en el artículo 44 numeral 1 del Estatuto Contractual.

Declaro bajo la gravedad del juramento que se entiende prestado con la firma del presente documento, que no me encuentro incurso en ninguna de ellas, ni mis socios, ni tampoco la sociedad que represento, y que, consultados los antecedentes disciplinarios, judiciales y el boletín de responsables fiscales, no se registra ningún antecedente respecto de las personas aquí señaladas.

Dado en Bogotá a los 13 días del mes de abril de 2026.



Matilde Motta Prada
Cc: 1.108.929.153
Representante Legal

ANEXO No. 6
COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

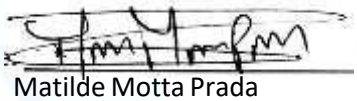
Señores
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA
Calle 13 No. 9 - 97
Soacha – Cundinamarca.

REF: CONVOCATORIA PUBLICA 013- 2026, cuyo objeto es *"SUMINISTRO DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS E INJERTOS ÓSEOS, REQUERIDOS PARA LA REALIZACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE ORTOPEDIA, TRAUMATOLOGÍA Y DEMÁS SUBESPECIALIDADES, EJECUTADOS POR LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA."*

Matilde Motta Prada, identificada como aparece al pie de mi firma, obrando en mi calidad de representante legal de SBO GROUP SAS, manifiesto que:

1. Apoyamos la acción del Estado colombiano y de la Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha para fortalecer la transparencia y la rendición de cuentas de la administración pública.
2. No estamos en causal de inhabilidad alguna para celebrar el contrato objeto del Proceso de Invitación a Cotizar No 013 de 2026
3. Nos comprometemos a no ofrecer y no dar dádivas, sobornos o cualquier forma de halago, retribuciones o prebenda a servidores públicos o asesores de la Entidad Contratante, directamente o a través de sus empleados, contratistas o tercero.
4. Nos comprometemos a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o efecto la colusión en el Proceso de "CONVOCATORIA PÚBLICA N° 013 – 2026."
5. Nos comprometemos a revelar la información que sobre el Proceso de la convocatoria pública 013- 2026 nos soliciten los organismos de control de la República de Colombia.
6. Nos comprometemos a comunicar a nuestros empleados y asesores el contenido del presente Compromiso Anticorrupción, explicar su importancia y las consecuencias de su incumplimiento por nuestra parte, y la de nuestros empleados o asesores.
7. Conocemos las consecuencias derivadas del incumplimiento del presente compromiso anticorrupción.

En constancia de lo anterior firmo este documento a los 13 días del mes de abril de 2026.



Matilde Motta Prada
Cc: 1.108.929.153

ANEXO No. 7

VALOR TOTAL DE LA PROPUESTA	$882.000.000

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	SARLAFT PERSONA JURÍDICA	CÓDIGO	CTC_FTO_04
		VERSIÓN	00
	PROCESO: Jurídica y Gestión Administrativa	VIGENCIA	2/12/2022

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT

FECHA:	2026/04/16	CIUDAD:	Bogota	DEPARTAMENTO:	Cundinamarca

Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

CLASE O TIPO DE VINCULACION LA EMPRESA (MARCA CON X)

☐ ASEGURADOR	☒ PROVEDOR	☐ CONTRATISTA	☐ PARTICULAR	☐ OTRO	CUAL:

I. DATOS DE LA PERSONA JURIDICA

RAZON SOCIAL:	Sbo Group SAS			NIT:	900523146-9
REPRESENTANTE LEGAL:	PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:	NOMBRES:	
	Motta		Prada	Matilde	
CEDULA DE CIUDADANÍA	☒	NUMERO:	LUGAR DE EXPEDICION		FECHA EXPEDICION AAAA/MM/DD
CEDULA DE EXTRANJERÍA	☐	1.108.929.153	Guamo (Tolima)		2005/04/07

FECHA NACIMIENTO AAAA/MM/DD	LUGAR NACIMIENTO:	DEPARTAMENTO:	NACIONALIDAD (1):	NACIONALIDAD (2):
1986/11/18	Guamo	Tolima	Colombiana	

DIRECCION DOMICILIO PRINCIPAL:	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX
Calle 154 91- 56	Bogota	Cundinamarca	Colombia	

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:	PORTAL/PAGINA INTERNET:
gadministrativa@sbo.com.co	

DIRECCION SUCURSAL/AGENCIA:	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX
Calle 88 22 34	Bogota	Cundinamarca	Colombia	3174235320

TIPO DE EMPRESA:	ACTIVIDAD ECONOMICA:			
☐ PUBLICA	☐ INDUSTRIAL	☐ AGRICOLA	☐ SERVICIOS DE SALUD	CUAL:
☐ MIXTA	☒ COMERCIAL	☐ FARMACEUTICA	☐ SERVICIOS FINANCIEROS	
☒ PRIVADA	☐ ASEGURADOR	☐ TRANSPORTES	☐ OTRA,	
☐ EXTRANJERA	☐ SERVICIOS			

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	RENTA/CREE	(SI) ☒ (NO) ☐ IVA	(SI) ☒ (NO) ☐	I.C.A. (SI) ☒ (NO) ☐	CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONOMICA 4645 PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☐
GRAN CONTRIBUYENTE	SI ☐ NO ☒	AGENTE RETENEDOR		SI ☐ NO ☒	AGENTE AUTORETENEDOR: SI ☐ NO ☒

II. DECLARACION PERSONA PUBLICAMENTE EXPUESTA (PEPS)

POR SU CARGO O ACTIVIDAD ADMINISTRA O TIENE A SU CARGO EL MANEJO DE RECURSOS PUBLICOS	SI ☐ NO ☒
POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUN GRADO O TIPO DE PODER PUBLICO	SI ☐ NO ☒
POR SU ACTIVIDAD, OCUPACION U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PUBLICO GENERAL	SI ☐ NO ☒
ES USTED SUJETIO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAIS DIFERENTE A COLOMBIA	SI ☐ NO ☒

Si contestó afirmativamente alguna de las anteriores preguntas, por favor, especifique:

III. IDENTIFICACION DE ACCIONISTAS, SOCIOS, ASOCIADOS QUE SEAN TITULARES DE MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O

NOMBRE COMPLETO O RAZON SOCIAL (DE REQUERIR UTILICE ANEXO)	% PARTICIPACION	TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION
Laura Viviana Leal Caceres	100%	C.C. ☒ C.E. ☐ T. ☐ N ☐ OTR ☐	52.778.378
		C.C. ☐ C.E. ☐ T. ☐ N ☐ OTR ☐	
		C.C. ☐ C.E. ☐ T. ☐ N ☐ OTR ☐	
		C.C. ☐ C.E. ☐ T. ☐ N ☐ OTR ☐	

IV. INFORMACION FINANCIERA

INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	422.484.526	ACTIVOS TOTALES	10.109.597.129
INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	25.178.264	PASIVOS TOTALES	404.414.825
EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	380.253.218	PATRIMONIO	9.705.182.304
EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	39.119.474		
CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES:	Descuentos comerciales		
CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES:	Financieros		

V. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

IMPORTAC IONES ☐	EXPORTACIONES ☐	INVERSIONES ☐	Especifique cual:
OPERACIONES DE REDESCUENTO ☐	LEASING ☐	TRASFERENCIAS ☐	
PRESTAMOS MODENA EXTRANJERA ☐	PAGOS SERVICIOS ☐	OTRAS ☐	

TIPO PRODUCTO	No DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO OPERACIÓN	CIUDAD	PAIS	MONEDA

REGION DE SALUD SOACHA	**SARLAFT PERSONA JURÍDICA**	**CÓDIGO**	CTC_FTO_04
		VERSIÓN	(0)
	PROCESO: Jurídica y Gestión Administrativa	**VIGENCIA**	2/12/2022

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT

VI. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Declaro expresamente que:

1. Los recursos que posee la Empresa provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupacion, oficio, actividad o negocio):

Desarrollo de la actividad económica, suministro material de osteosíntesis

2. Las actividades realizadas por la Empresa se efectuan dentro del Marco Legal. Los recursos que posee NO provienen de actividades ilicitas de conformidad con el Codigo Penal Colombiano.
3. La información suministrada en este formulario es veraz y verificable, y me obligo a actualizarla cuando asi se requiera.
4. Cláusula para apoderados: Certifico que toda la información suministrada y de la cual no soy titular ha sido obtenida de acuerdo con los parametros establecidos legalmente.
5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato NO se destinaran a la financiacion del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

VII. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) dias, expedido por la Camara de Comercio.
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia del documento de identificacion del Representante legal de la Empresa.
4. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado.
5. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.

APODERADO

Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.

VIII. AUTORIZACION DE USO DE INFORMACION

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 Superintedencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del articulo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la proteccion 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 utilizacion no requeriria de una autorización de su titular, la cual provicne de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comerciais, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Declaro expresamente:

I. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestacón 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 prestacion de servicios de salud.

II. Que la Empresa Social del Estado Hospital Mario Gaitan Yanguas de Soacha, me han informado, expresamente:

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por le Empresa Social del Estado Hospital Mario Gaitan Yanguas de Soacha, para las siguientes finalidades: a) El trámiote de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual 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 determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accedere 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 satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la Empresa Social del Estado Hospital Mario Gaitan Yanguas de Soacha. k) Envio 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. n) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

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

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las peronas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la Empresa Social del Estado Hospital Mario Gaitan Yanguas de Soacha. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la Empresa Social del Estado Hospital Mario Gaitan Yanguas de Soacha, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la Empresa Social del Estado Hospital Mario Gaitan Yanguas de Soacha adelante gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y estadisticos.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.

5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contruparte, 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.

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

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

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que el responsables del tratamiento de la información es la ESE Hospital Mario Gaitan Yanguas de Soacha, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se comparten, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de las previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) Empresa Social del Estado Hospital Mario Gaitan Yanguas de Soacha y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.

9. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizao, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los terminos que nos fueron informados en el presente documento.

IX. FIRMA Y HUELLA

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

Firma Cliente / Representante Legal

Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

1.Fecha		2. Ciudad	
3.Nombre del funcionario o Asesor:			
4. Lugar de la Entrevista:			
5. Observaciones:			
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐	
7. Firma y Cédula			

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

1. Fecha		2. Ciudad	
3. Nombre y Cargo de quien verifica:			
4. Lugar de la verificación:			
5. Observaciones:			
6. Firma y cédula:			

Powered by CamScanner