ESE PUESTO DE SALUD SAN MIGUEL DE TUTA

FORMULARIO UNICO DE CONOCIMIENTO PROVEEDORES O CONTRATISTAS-SARLAFT-

Fecha de diligenciamiento	25	5	2026	**Tipo de Solicitud**	Nueva	X	Renovación		Actualización		**Sucursal**
Tipo de persona	Natural	X	Jurídica								

1. INFORMACION GENERAL

Nombre y Apellidos/ Razón Social	**JHON CARLOS CAMARGO ÁVILA**										
Tipo de Identificación:	**C.C**	X	**C.E.**		**P.S.**		**NIT**		**Lugar de Expedición**	**Fecha de Expedición**	**Sexo**	**Grupo Sanguíneo**
Número:	**74.812.787**								**NUNCHÍA (CAS)**	12 / 12 / 2002	**M** X **F**	**O-**

Fecha de Nacimiento	**Lugar de Nacimiento**	**Dirección de Residencia**
30 / 7 / 1983	**YOPAL (CAS)**	**CALLE 23B No 2B-21**

Ciudad	**TUNJA**	**Departamento**	**BOYACÁ**	**Teléfono**		**Celular**	**3133146502**	**E-mail**	johncamargoavila@hotmail.com
Nombre de Contacto	**JHON CARLOS CAMARGO ÁVILA**								

2. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombres y apellidos	**JHON CARLOS CAMARGO ÁVILA**										
Tipo de Identificación:	**C.C.**	X	**C.E.**		**P.S.**		**Lugar de Expedición:**	**Fecha de Expedición**	**Sexo**	**Teléfono Fijo**	
Número:	**74.812.787**						**NUNCHÍA (CAS)**	12 / 12 / 2002	**M** X **F**		

Fecha de Nacimiento	**Lugar de Nacimiento**	**Dirección de Residencia**
30 / 7 / 2026	**YOPAL (CAS)**	**CALLE 23B No 2B-21**

3. IDENTIFICACION DE LOS SOCIOS O ACCIONISTAS

TIPO DE DOCUMENTO: CC: Cedula - CE=Cedula de extranjería - PS=Pasaporte - RC=Registro civil - NIT=Núm.. ID Tributaria

Certifico que los asociados, accionistas o socios que tienen mas del cinco (5%) de participación en el capital social de la entidad que represento son las personas naturales o jurídicas que aparecen en la siguiente relación:

Tipo de Documento	**No. De Identificación**	**Nombre Completo**	**¿Por su actividad o Cargo administra Recursos públicos?**	**¿Por su actividad o Cargo ejerce algún Grado de poder Público?**	**¿Por su actividad u Oficio goza usted de Reconocimiento Público?**	**¿Está usted obligado A declaración Tributaria en otro País?**
CC	**74.812.787**	**JHON CARLOS CAMARGO ÁVILA**	SI NO X	SI NO X	SI NO X	SI NO X **Indicar cuales**
			SI NO	SI NO	SI NO	SI NO **Indicar cuales**
			SI NO	SI NO	SI NO	SI NO **Indicar cuales**
			SI NO	SI NO	SI NO	SI NO **Indicar cuales**
			SI NO	SI NO	SI NO	SI NO **Indicar cuales**

4. JUNTA DIRECTIVA (ADJUNTAR RELACION SI LOS CAMPOS SON INSUFICIENTES)

TIPO DE DOCUMENTO: CC: Cedula - CE=Cedula de extranjería - PS=Pasaporte - RC=Registro civil - NIT=Núm.. ID Tributaria

Tipo de Documento	**No. De Identificación**	**Nombres y Apellidos**	**Principal o Suplente**	**RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS**			
				¿Por su actividad o Cargo administra Recursos públicos?	**¿Por su actividad o Cargo ejerce algún Grado de poder Público?**	**¿Por su actividad u Oficio goza usted de Reconocimiento Público?**	**¿Está usted obligado A declaración Tributaria en otro País?**
CC	**74812787**	**JHON CARLOS CAMARGO ÁVILA**		**NO**	**NO**	**NO**	**NO**

5. INFORMACION GENERAL DEL NEGOCIO

Actividad Comercial	**INGENIERÍA CIVIL**								**CIIU**	**7112**	
Tipo de Régimen	**Común**		**Simplificado**	X	**Gran contribuyente**	SI		NO	X	**Autorretenedor**	SI		NO	**X**
Tipo de empresa	**Privada**		**Pública**		**Mixta**		**Posee certificaciones de calidad**	SI		NO	X	**Cual?**		

6. PERSONAS PEP´S (Sólo diligenciar por personas naturales)													
¿Por su cargo maneja recursos públicos?	SI		NO	X									
¿Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público general?	SI		NO	X									
¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público?	SI		NO	X									
Por su actividad o Cargo, manejo recursos públicos?	SI		NO	X	Fecha ingreso	DD	MM	AA	Fecha retiro	DD	MM	AA	Actualmente
¿Existen algún vinculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta?	SI		NO	X	Indique								
¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países?	SI		NO	X	Indique								
¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público?	SI		NO	X									

7. ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza transacciones en moneda extranjera?: SI [ ] NO [X] Importaciones [ ] Exportaciones [ ] Inversiones [ ] Transferencias [ ] Otras [ ]

Indique otras operaciones:

¿Posee productos financieros en el exterior? SI [ ] NO [X] ¿Posee cuentas en moneda extranjera? SI [ ] NO [X]

Tipo de producto	No. Del producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda

8. CLAUSULA DE AUTORIZACION - POLÍTICA DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN Y DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE LOS DATOS PERSONALES: Nuestros datos personales serán tratados por la ESE Puesto de Salud San Miguel de Tuta, esto es, serán recolectados, almacenados, usados, analizados, circulados, compartidos, transmitidos, transferidos, suprimidos o cualquier otro tratamiento que llegue a ser necesario para las siguientes finalidades:

a) El trámite y análisis de la solicitud de vinculación como asegurador en convenio, para lo cual puede requerirse un concepto previo de los terceros vinculados a la ESE.
b) El proceso de negociación de contratos con la ESE, incluyendo la determinación de tarifas y la selección de riesgos.
c) La ejecución y el cumplimiento de los contratos que celebre
d) El control y la prevención de fraude
e) El estudio de reclamaciones, la liquidación y el pago de siniestros para lo cual puede requerirse un concepto previo de los terceros vinculados a la ESE
f) La elaboración de estudios técnicos-actuariales, estadísticos, encuestas y análisis de tendencias del mercado.
g) Envío de información relativa a la educación financiera, encuestas de satisfacción de servicio y ofertas de prestacion de servicios con la ESE, así como de otros servicios o productos inherentes a su actividad.

2. PERSONAS QUE HARAN TRATAMIENTO: Que los datos personales serán tratados de conformidad con las finalidades señaladas por la ESE como responsable, o por los encargados que ella considere necesarios tal como los terceros vinculados.

3. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en la Ley 1581 de 2012, en el decreto 1377, así como lo dispuesto en la Ley 1266 de 2016 sobre datos financieros, comerciales, crediticios o de servicios y demás que regulen la materia, especialmente tengo derecho a:

a) Conocer, consultar, actualizar y rectificar los datos personales
b) Solicitar prueba de la autorización otorgada
c) Ser informado, previa solicitud, respecto del uso que se ha dado a mis datos personales
d) Presentar quejas, reclamos o solicitudes ante las autoridades correspondientes o directamente ante la ESE
e) Revocar autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios derecho y garantías constitucionales y legales;
f) Acceder en forma gratuita a los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento.

5. POLITICAS DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Declaro que me han informado las políticas de tratamiento de datos personales de la ESE

6. AUTORIZACION: De manera expresa, previa e informada AUTORIZO el tratamiento de mis datos personales para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en este documento:

Autorizo el tratamiento de mis datos personales: SI [X] NO [ ]

Autorizo el tratamiento de mis datos personales, incluyendo los sensibles: SI [X] NO [ ]

Autorizo me contacten y envíen información por SMS, correo electrónico o cualquier otro medio físico o digital: SI [X] NO [ ] Correo: johncamargoavila@hotmail.com

9. DECLARACION DE ORIGEN DE FONDOS

Con el fin de dar cumplimiento a las normas legales vigentes y a los procedimientos de la Compañía sobre el Sistema de Administración de Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo SARLAFT, de manera voluntaria realizo las siguientes declaraciones:

1. Declaro (amos) que los recursos o bienes que utilizaremos en desarrollo de nuestros negocios con la ESE. provienen de actividades lícitas, de conformidad con las leyes vigentes.
2. Que no admitiré (mos) que terceros efectúen depósitos en mis (nuestras) cuentas con fondos provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano en cualquier otra norma que lo adicione; ni efectuaré (mos) transacciones destinadas a favorecer tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas.
3. Que todas las actividades e ingresos que percibo (imos) provienen de negocios lícitos.
4. Que no me (nos) encuentro (encontramos) en ninguna lista de personas reportadas o bloqueados por actividades de narcotráfico, lavado de activos, subversión, terrorismo, tráfico de armas o delitos asociados al turismo sexual con menores de edad. Que a la fecha y según nuestro leal saber y entender, en mi (nuestra) contra no se adelanta ninguna investigación por ninguno de los hechos anteriores.
5. Las garantías y aseveraciones aquí contenidas estarán vigentes mientras nosotros tengamos negocios con la ESE. Autorizo (amos) a resolver cualquier acuerdo, beneficio, subsidio, negocio o contrato celebrado con la ESE., sus accionistas y directores, de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo (nosotros) hubiéremos proporcionado.

Los datos aquí consignados obedecen a la realidad, y declaro (amos) haber leído, entendido y aceptado libremente el presente documento. En constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior firmo el presente documento.

10. MANIFESTACIÓN SOBRE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

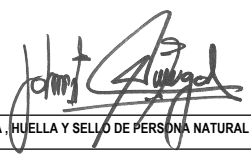
Manifiesto bajo la gravedad del juramento de forma clara e inequívoca, que no me encuentro incurso por sí o por interpuesta persona en las causales de inhabilidad e incompatibilidad previstas en la Constitución Artículo 127 y en la Ley, en especial las contempladas en el artículo 8 de la Ley 80 de 1993, en la Ley 1150 de 2007 y en la Ley 1474 del 12 de Julio de 2011 "Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la Gestión Pública"

Así mismo, el artículo 7 DE LAS INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES del ACUERDO No. 002 de 2021 ´Por el cual se actualiza el Estatuto de Contratación, se establecen los principios, reglas y directrices que rigen la actividad contractual de la ESE PUESTO DE SALUD SAN MIGUEL DE TUTA.

11. AUTORIZACIÓN DE VERIFICACIÓN DE TITULOS Y CERTIFICACIONES LABORALES Y REFERENCIAS (EN CASO QUE APLIQUE)

Autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente a la ESE PUESTO DE SALUD SAN MIGUEL DE TUTA. Para realizar la verificación de títulos, en las instituciones educativas correspondientes a los mismos, así como certificaciones laborales y referencias.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.





FIRMA , HUELLA Y SELLO DE PERSONA NATURAL / JURIDICA