

# AUTORIZACIÓN EXPRESA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES



## AUTORIZACIÓN PARA CONSULTAR EN LISTAS RESTRICTIVAS

Señor (a); la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA MARIA UPEGUI – HOMO**, debe consultar, monitorear y revisar la debida diligencia, las listas restrictivas que den lugar a posibles vínculos con delitos relacionados con **LAVADO DE ACTIVOS Y/O FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO**, en cumplimiento del artículo 6.2.2 de la Circular 09 del 2016.

Y de acuerdo en el cumplimiento de lo establecido en la normativa de protección de datos personales, particularmente, de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013

La calidad de responsable y encargado del tratamiento de datos personales que recae sobre **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA MARIA UPEGUI – HOMO** con domicilio en el municipio de Bello, barrio Santa Ana, ubicada en la Calle 38 # 55 - 310, con teléfono 4448330 y página web <https://homo.gov.co/>.

Por lo anterior solicitamos diligenciar lo siguiente:

Yo Maria Isabel Mazo Callejas,  
identificado(a) con documento No. 1037450352, declaro bajo la gravedad de juramento que autorizo a la E.S.E Hospital Mental de Antioquia, María Upegui HOMO para que realice el tratamiento de mis datos personales, incluyendo la recolección, almacenamiento, uso, circulación, transferencia, supresión y/o transmisión de mis datos personales, en los términos de la Política de Tratamiento de Datos Personales de la E.S.E HOMO (GE-PO-23). Autorizó la actualización de dicha consulta cuando sea necesario, posteriores al inicio de la relación contractual.

FIRMA: Isabel mazo  
C.C. 1037450352

Código: GR-FR-02

Versión: 01

Fecha: 25/01/2024

1

FORMULARIO UNICO DE CONOCIMIENTO SARLAFT PROVEEDORES



Esta información es confidencial y será utilizada para dar cumplimiento a la Circular Externa 000009 del 21 de Abril de 2016, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud.

Fecha de diligenciamiento		Tipo de Cliente o Contraparte				Tipo de Solicitud	
2	05	2026	Cliente	Contratista <input checked="" type="checkbox"/>	Prestador IPS	Proveedor	Vinculación
			Colaborador	Junta Directiva	Accionista	Otro	Actualización

Información General

PERSONA NATURAL

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo de documento				Nº Identificación
Mazo	Callejas	Maria	Isabel	CC	TI	PAS	CD	1053450382
Lugar de expedición		Fecha de expedición		Fecha de nacimiento		Dirección		
San Andres		04/01/1993		29/03/1993		Calle 24 # 55-03		
Teléfono		Ciudad		Profesión		Ocupación (código CIIU)		
04952578		Bello		Triabadora social		8899		
Correo electrónico		mario1391990mazo@gmail.com						

Responde si o no a las siguientes preguntas

¿Administra recursos públicos?	NO	¿Tiene reconocimiento público?	NO	¿Tiene grado de poder público?	NO	¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP?	NO
--------------------------------	----	--------------------------------	----	--------------------------------	----	---	----

PERSONA JURÍDICA

Razón Social		NIT		Correo electrónico	
Tipo de sociedad:		S.A.S.		¿Cuál?	
Anónima					
Tipo de empresa:		Mata		Sin ánimo de lucro	
Privada					
Actividad económica principal					
Salud		Industria		¿Cuál?	
Farmacéutico		Financiero			
Transportes		Comercial			
Servicios					

Representante Legal

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo de documento				Nº Identificación
				CC	CE	PAS	CD	
Lugar de expedición		Dirección		Teléfono			Ciudad	

Responde si o no a las siguientes preguntas

¿Administra recursos públicos?		¿Tiene reconocimiento público?		¿Tiene grado de poder público?		¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP?	
--------------------------------	--	--------------------------------	--	--------------------------------	--	---	--

Relación de accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente más del 5% del capital social, aporte o participación (adjuntar relación si los campos son insuficientes)

Razón social o nombres y apellidos	Tipo de documento	Nº Documento	% de Participación	Responde si o no a las siguientes preguntas			
				¿Administra recursos públicos?	¿Tiene reconocimiento público?	¿Tiene grado de poder público?	¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP?

JUNTA DIRECTIVA (ADJUNTAR RELACION SI LOS CAMPOS SON INSUFICIENTES)

Nombres y apellidos	Tipo de documento	Nº Documento	Principal o suplente	Responde si o no a las siguientes preguntas			
				¿Administra recursos públicos?	¿Tiene reconocimiento público?	¿Tiene grado de poder público?	¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP?

II. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total activos \$	Total pasivos \$	Patrimonio \$
Ingresos mensuales 4.600.000	Egresos mensuales \$	Otros ingresos \$ 1.000.000
Concepto de otros ingresos	Información financiera a corte de:	

III. INFORMACIÓN BANCARIA

Tipo de Cuenta	Entidad Financiera	Sucursal	Teléfono
Corriente	Bancomía	Medellin	
Ahorros	Nequi	Medellin	

IV. REFERENCIAS COMERCIALES

Nombre	Teléfono	Dirección	Ciudad

V. OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza negocios en moneda extranjera?	Tipo de transacciones					
SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	Importaciones	Exportaciones	Inversiones	Préstamos	Pago de servicios	Transferencias
	¿Cuál?					

Productos financieros en moneda extranjera

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

VI. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

1. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (Detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.):

FORMULARIO UNICO DE CONOCIMIENTO SARLAFT PROVEEDORES



Esta información es confidencial y será utilizada para dar cumplimiento a la Circular Externa 000009 del 21 de Abril de 2016, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud.

- Mis recursos provienen exclusivamente de mi desempeño de la actividad económica que realizo: Trabajadora social
- Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal. Los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal colombiano o cualquier norma que lo modifique o adicione.
  - La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.
  - De manera irrevocable autorizo al Hospital Mental de Antioquia, para solicitar, consultar, procesar, suministrar y reportar o divulgar a cualquier entidad con la que mantenga una relación comercial vigente, o que se encuentre debidamente autorizada para manejar o administrar bases de datos, incluidas las entidades gubernamentales, la información contenida en este formulario.
  - Los recursos que se deriven del desarrollo de relaciones de negocio o comerciales, no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
  - Eximimos a E.S.E HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA, sus representantes legales y administradores, de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que se hubiere proporcionado en este documento o de la violación del mismo.

VII. DECLARACIONES ADICIONALES

- |  |    |    |                                     |
|--|----|----|-------------------------------------|
| 1. Ha sido sancionado o investigado por delitos de lavado de activos o de financiación del terrorismo?     | SI | No | <input type="checkbox"/>            |
| 2. La Entidad o alguno de sus accionistas han sido incluidos en listas inhibitorias como la lista Clinton? | SI | No | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3. Si es persona natural ha sido incluido en listas inhibitorias como la lista Clinton?                    | SI | No | <input checked="" type="checkbox"/> |

VIII. FIRMA Y HUELLA

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el siguiente documento:

Label mazo

Firma  
(Persona natural o Representante Legal si es persona jurídica)



Huella

DILIGENCIAR SI CORRESPONDE A UNA PERSONA JURÍDICA

Nombre de la persona que lo diligencia		Tipo de documento			Numero de identificación
		CC	CE	PAS	
Lugar de expedición	Firma				

Código: GE-FR-03

Versión: Tres

Fecha