Formulario código: 952c6e94-17a8-4273-a98e-352597b909a6 **Hospital Militar Central**

Documento: **NIT. 860001911 - 1** Última actualización: **10/05/2023 11:54:17**

1. AUTORIZACIÓN CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE INFORMACIÓN

Autorizo de manera permanente e irrevocable a HOMIL o a quien represente sus derechos para que con fines de: auditoría, control, cumplimiento, estadística, supervisión y de información comercial a otras entidades; para que consulte, solicite, suministre, reporte, procese, actualice y divulgue cualquier información de carácter financiero y comercial desde el momento de la vinculación legal o contractual a las centrales de información o bases de datos debidamente constituidas que estime conveniente, en los términos y durante el tiempo vinculación jurídica de cualquier naturaleza, todo conforme a lo establecido en las normas legales vigentes dentro del marco del Sistema de Administración de Riesgos de Lavado de Activos y Financiación al Terrorismo SARLAFT/FPADM del HOMIL.
Autorizo al HOMIL para tomar las medidas correspondientes, en caso de detectar cualquier inconsistencia en la información consignada en este formulario, eximiendo a la entidad de toda responsabilidad que se derive de ello.
La consecuencia de esta autorización será la inclusión de mis datos en las mencionadas bases de datos en entidades de sector financiero o de cualquier otro dato personal o económico que estime pertinente.

2. AVISO DE PRIVACIDAD PARA RECOLECCIÓN DE DATOS PERSONALES

En mi calidad de titular de información personal, actuando libre y voluntariamente, al diligenciar a los datos aquí solicitados, autorizo al Hospital Militar Central, HOMIL, para que de forma directa o a través de terceros realice el tratamiento de mi información personal, el cual consiste en recolectar , almacenar, usar, transferir y admnistrar mis datos personales, para la vinculación con la entidad.
Entiendo que las políticas para el tratamiento de mi información personal, así como el procedimiento para elevar cualquier solicitud, queja o reclamo, podrán ser consultados en el sitio www.hospitalmilitar.gov.co
De manera expresa manifiesto que conozco, entiendo y he sido informado de mis derechos como titular de datos personales frente a: I) conocer, actualizar y rectificar los datos personales, II) solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento , III) ser informado por HOMIL, previa solicitud, respecto del uso que se ha dado a los datos personales, IV) presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio por infracciones de la ley, V) revocar la autorización y/o solicitar la supresión del(los) dato(s) en los casos en que sea procedente, y VI) acceder en forma gratuita a los mismos. Lo anterior, de conformidad con el Articulo 15 de la Constitución Nacional, la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013.

3. DECLARACIÓN DE ORIGEN Y DESTINO DE BIENES Y FONDOS

a) Obrando en nombre propio y/o a nombre de la entidad que represento legalmente, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración en cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa No.029 de 2014 expedida por la Superintendencia Financiera de Colombia, en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (Decreto 663 de 1993), el Decreto 2555 de 2010, Ley 190 de 1995, Ley 1474 De 2011 "Estatuto Anticorrupción", Circular Externa 009/2016 de la Superintendencia Nacional de Salud y demás normas legales concordantes. b) Los bienes y recursos que manejo o mis recursos propios provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad, negocios, etc):
Bienes y recursos
compra y venta de equipos médicos, oftalmológicos, quirúrgicos y de laboratorio y servicio técnico
c) Declaro que mis bienes y recursos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o cualquier norma que lo modifique o adicione.
d) Me comprometo a no realizar directamente, por cuenta o a través de terceros actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o cualquier norma que lo modifique o adicione, ni a efectuar operaciones que faciliten o se destinen a tales actividades o a favor de personas relacionadas con la misma.
e) Declaro que la información suministrada corresponde a la realidad, que la información que adjunto es veraz y puede ser verificada por cualquier medio desde ahora y mientras subsista una relación laboral, contractual o legal con HOMIL.
f) Me obligo con el HOMIL a mantener actualizada la información suministrada mediante el presente formulario, siendo mi compromiso el de reportar directamente los cambios de la información aquí contenida en el aplicativo Formulario SARLAFT del HOMIL, al menos una vez al año de acuerdo con los procedimientos que para tal efecto tenga dispuestos la entidad.

.

4. FIRMA

Fecha de firma **2023-05-10**

Número de documento de Identificación **80505174**

Huella indice



Nombre **HUMBERTO JAVIER DURAN CORTES**

Firma



Fecha de impresión: 10-05-2023 01:34