En ese sentido, declaro conocer que los datos personales objeto de tratamiento, serán utilizados específicamente para realizar las consultas necesarias en diferentes listas restrictivas y de sanción, y así disminuir los riesgos a los que se expone mediante la contratación y/o compra de servicios y/o productos a terceras partes Der igual forma, declaro que me han sido informados y conozco los derechos que el ordenamiento legal y la jurisprudencia, conceden al titular de los datos personales.

Autorizo

- ○ SI
- ◉ NO

[El texto citado está oculto]

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 24 de junio de 2026 a las 16:47
Para: apsevidencias.2025@gmail.com

Gracias por rellenar este formulario: CONOCIMIENTO DE CLIENTES Y USUARIOS SARLAFT PERSONA NATURAL

Has recibido este correo porque has rellenado el siguiente formulario con tu dirección de correo. **This form is owned by Hospisantarosadecabal.gov.co.** Asegúrate de que reconoces este formulario y confías en él antes de copiar o hacer clic en cualquier enlace. Si te parece sospechoso, **denunciarlo.**

Esto es lo que se recibió.

CONOCIMIENTO DE CLIENTES Y USUARIOS SARLAFT PERSONA NATURAL

Código: / Versión:

De conformidad con lo definido por la Ley 1581 de 2012, el Decreto Reglamentario 1377 de 2013, la Circular Externa No. 009 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud y demas disposiciones a través de las cuales se regula el tratamiento de la información que contenga datos personales, me permito declarar de manera expresa:

Por favor consigne toda la información que considere importante y sin omitir detalle.

Correo *

apsevidencias.2025@gmail.com

Nombre Completo *

GUSTAVO OCHOA

Tipo de Identificación *

- (●) Cedula de Ciudadanía
- ( ) Cedula de Extranjería
- ( ) Permiso Especial de Permanencia
- ( ) Permiso por Proteccion Temporal

Número de Identificación *

9845419

Lugar de Nacimiento *

MARSELLA

Fecha de Nacimiento
*

DD MM AAAA

06 / 08 / 1969

Dirección de Residencia
*

FINCA LA GRACIELA

Municipio o Ciudad
*

SANTA ROSA DE CABAL

Departamento
*

RISARALDA

Teléfono Fijo

Celular
*

3226115790

Ocupación, Oficio o Profesión
*

JAIBANA

[El texto citado está oculto]

Autorizo de manera libre, voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL, para que en los términos legalmente establecidos realice la recolección, almacenamiento, uso, circulación, supresión y en general, el tratamiento de los datos personales que he procedido a entregar o que entregaré, en virtud de las relaciones legales, contractuales, comerciales y/o de cualquier otra que surja, en desarrollo y ejecución de los fines
descritos en el presente documento.

Dicha autorización para adelantar el tratamiento de mis datos personales, se extiende durante la totalidad del tiempo en el que pueda llegar consolidarse un vínculo o este persista por cualquier circunstancia con el EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL y con posterioridad al finiquito del mismo, siempre que tal tratamiento se encuentre relacionado con las finalidades para las cuales los datos personales, fueron inicialmente suministrados.

En ese sentido, declaro conocer que los datos personales objeto de tratamiento, serán utilizados específicamente para realizar las consultas necesarias en diferentes listas restrictivas y de sanción, y así disminuir los riesgos a los que se expone mediante la contratación y/o compra de servicios y/o productos a terceras partes Der igual forma, declaro que me han sido informados y conozco los derechos que el ordenamiento legal y la jurisprudencia, conceden al titular de los datos personales.

Autorizo

◉ SI

◯ NO

[El texto citado está oculto]