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 *

gloris175@hotmail.com

Nombre Completo *

GLORIA AMPARO PARRA FLOREZ

Tipo de Identificación *

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

Número de Identificación *

24550709

Lugar de Nacimiento *

BELEN DE UMBRIA

Fecha de Nacimiento *

DD MM AAAA

31 / 10 / 1994

Dirección de Residencia *

ALTAVISTA

Municipio o Ciudad *

PEREIRA

Departamento *

RISARALDA

Teléfono Fijo

3346082

Celular *

3104500517

Ocupación, Oficio o Profesión *

COMERCIANTE

DECLARACIÓN VOLUNTARIA DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro que los recursos que componen mi patrimonio no provienen de lavado de activos, financiación del terrorismo, narcotráfico, captación ilegal de dineros y en general de cualquier actividad ilícita; de igual manera declaro que los recursos recibidos en desaroollo del contrato que pretendo suscribir no serán destinados a ninguna de las actividades antes descritas.

1. ¿Maneja recursos públicos? *

- ○ SI
- ◉ NO

2. ¿Ostenta algún grado de poder público? *

- ○ SI
- ◉ NO

3. ¿Goza de reconocimiento público? (Declaración del cliente/usuario de si tiene o no la condición de Persona Políticamente Expuesta (PEP) *

- ◯ SI
- ◉ NO

4. ¿Es servidor público? *

- ◯ SI
- ◉ NO

5. ¿Realiza operaciones internacionales? *

- ◯ SI
- ◉ NO

¿Cuales? *

- ◯ Importaciones
- ◯ Exportaciones
- ◯ Inversiones
- ◯ Préstamos
- ◯ Envio o recepción de giros
- ◯ Pago de servicios
- ◯ Transferencias
- ◉ No Aplica
- ◯ Otras

Ante una respuesta en la opción (otras) por favor indique cual es:

_____

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

Este formulario se creó en Hospisantorosadecabal.gov.co.

Google Formularios