E.S.E Hospital Vicente de Paul Santa Rosa de Cabal

SECRETARIA SUBGERENCIA HSVP <secretariasubgerencia@hospisantarosadecabal.gov.co>

Fwd: Thanks for filling out this form: CONOCIMIENTO DE CLIENTES Y USUARIOS SARLAFT PERSONA NATURAL

1 mensaje

Dra Olga Lucía Torres Ginecología y Obstetricia <ginecologiayobstetriciadraolga@gmail.com> 31 de agosto de 2026 a las 22:53
Para: SECRETARIA SUBGERENCIA HSVP <secretariasubgerencia@hospisantarosadecabal.gov.co>

---------- Forwarded message ---------
De: **Forms Response Receipts** <forms-receipts-noreply@google.com>
Date: lun, 31 ago 2026 a la(s) 10:52 p.m.
Subject: Thanks for filling out this form: CONOCIMIENTO DE CLIENTES Y USUARIOS SARLAFT PERSONA NATURAL
To: <ginecologiayobstetriciadraolga@gmail.com>

Thanks for filling out this form: CONOCIMIENTO DE CLIENTES Y USUARIOS SARLAFT PERSONA NATURAL

You're receiving this email because you filled out the following form using your email address. **This form is owned by Hospisantarosadecabal.gov.co.** Make sure you recognize and trust this form before copying or clicking on any links. If it looks suspicious, **report it.**

Here's what was received.

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.

Email *

ginecologiayobstetriciadraolga@gmail.com

Nombre Completo *

Olga Lucía Torres Cortes

Tipo de Identificación *

(•) Cedula de Ciudadanía

Celular
*

3053056077

Ocupación, Oficio o Profesión
*

Ginecologa

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

- [x] NO

¿Cuales?
*

- [ ] Importaciones
- [ ] Exportaciones
- [ ] Inversiones
- [ ] Prestamos
- [ ] Envio o recepción de giros
- [ ] Pago de servicios
- [ ] Transferencias
- [x] 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

- [x] SI