Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**
**ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO**
**FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL**

CÓDIGO: ET-CA-FT-011
VERSIÓN: 03
FECHA: 2018-12-31

## SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO ( SARLAFT )

| FECHA: | 23/03/2021 | CIUDAD: | BOGOTA | DEPARTAMENTO: | CUNDINAMARCA |
|---|---|---|---|---|---|

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1. de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

### CLASE O TIPO DE VINCULACION LA EMPRESA (MARCA CON X)

| PROVEEDOR | | PARTICULAR | | CONTRATISTA OPS | x | SERVIDOR PUBLICO | | OTRO | | CUAL: | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

### 1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO: | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| RODRIGUEZ | LOZANO | SANDRA | MILENA |

| TIPO DE IDENTIFICACION(Marcar con X) | | | | | No IDENTIFICACION | LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio/Departamento) | | FECHA EXPEDICION (DD-MM-AAAA) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| C.C. X | C.E. | R.C. | NUIP | | 1.023.901.787 | BOGOTA | CUNDINAMARC | 11/11/2008 |
| PASAPORTE | | OTRO | CUAL: | | | ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI X NO | | |

| FECHA NACIMIENTO DD-MM-AAAA: | LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio/Departamento) | | PAIS NACIMIENTO | NACIONALIDAD |
|---|---|---|---|---|
| 21/10/1990 | BOGOTA | CUNDINAMARCA | COLOMBIA | COLOMBIANA |

| ESTADO CIVIL (Marcar Con X) | | | | | | PERSONAS A CARGO | NUMERO DE HIJOS | TELEFONO FIJO/ CELULAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SOLTERO(A) | | CASADO(A) X | DEVORCIADO(A) | | UNION LIBRE | VIUDO(A) | 1 | 1 | 3214349262 |

| NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA (Marcar con X) | | | | | | | PROFESION/ OFICIO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | BACHILLER | | TECNICO X | TECNOLOGO | CUAL: | AUXILIAR DE ENFERMERIA |
| UNIVERSITARIO | | POSTGRADO | | MAGISTER | OTRO | | |

| DIRECCION RESIDENCIA: | CIUDAD RESIDENCIA | DEPARTAMENTO: | PAIS RESIDENCIA: | TELEFONO RESIDENCIA |
|---|---|---|---|---|
| CLL 36 G BIS SUR # 11C 23 ESTE APT 201 | BOGOTA | CUNDINAMARCA | COLOMBIANA | 3635413 |

| CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO: | PORTAL O PAGINA INTERNET | TIPO DE VIVIENDA(Marca con X) | | |
|---|---|---|---|---|
| rodriguezsandramilena613@gmail.com | N/A | PROPIA | FAMILIAR | ARRENDADA X |

| DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene) | CIUDAD: | DEPARTAMENTO: | PAIS: | TELEFONO/FAX |
|---|---|---|---|---|
| N/A | | | | |

### 2. DATOS DEL CONYUGE

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO: | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| | | | |

| TIPO DE IDENTIFICACION(Marcar con X) | | | | | NUMERO IDENTIFICACION | LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio/Departamento) | | FECHA EXPEDICION (DD-MM-AAAA) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| C.C. | C.E. | R.C. | NUIP | | | | | |
| PASAPORTE | | OTRO | CUAL: | | | ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI NO | | NACIONALIDAD: |

### 3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA (Marcar con X):

| ASALARIADO | | CONTRATISTA X | PENSIONADO | | ESTUDIANTE | | SOCIO | | PROFESIONAL INDEPENDIENTE | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| HOGAR | | COMERCIANTE | EMPLEADO SOCIO | | EMPLEADO PUBLICO | | OTRA: | | CUAL: | |

| INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE: | DECLARA RENTA | | | | | | CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA (DIGITAR CODIGO) | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SI | | IVA | SI | | NO | | |
| | NO | X | ICA | SI | | NO | PRINCIPAL: | SECUNDARIA: |

| GRAN CONTRIBUYENTE | | | AGENTE RETENEDOR | | | AGENTE AUTORETENEDOR | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SI | | NO | | SI | | | SI | |
| | | | | NO | X | | NO | X |

| FUNCIONARIO PUBLICO | | ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS | | NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA | NIT |
|---|---|---|---|---|---|
| SI X | NO | SI | NO X | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE | |

| ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | GOBIERNO | | COMERCIAL | | SERVICIOS | | SALUD X | | ENERGIA | | ALIMENTOS | | |
| EXPORTACIONES | | FINANCIERA | | MEDICAMENTOS | | AGROPECUARIA | | INDUSTRIAL | | TECNOLOGIA | | OTRA: | |

| DIRECION DE LA EMPRESA | TELEFONO FIJO/CELULAR | CIUDAD/MUNICIPIO | DEPARTAMENTO | PAIS |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

## SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO ( SARLAFT )

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| CLL 19 6 # 34-94 | 5351347 EXT 1900 | BOGOTA | CUNDINAMARCA | COLOMBIA |
| CARGO ACTUAL | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | FECHA VINCULACION (DD-MM-AAAA) | 01/09/2020 |

### 4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

| NUMERO DE EMPLEADOS | VENTAS ANUALES | CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL | DESCRIPCION ACTIVIDAD | FECHA CONSTITUCION (DD-MM-AAAA) | TIPO SOCIEDAD |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

### 5. INFORMACIÓN FINANCIERA ( PESOS $)

| INGRESOS MENSUALES | | EGRESOS MENSUALES | | ACTIVOS | | PASIVOS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SALARIOS | 1.440.000 | CUOTAS PRESTAMOS | 500.000 | AHORROS | 1.000.000 | PRESTAMO HIPOTECA | 0 |
| HONORARIOS | 0 | ARRIENDOS | 450.000 | INVERSIONES | 0 | TARJETAS DE CREDITO | 0 |
| COMISIONES | 0 | CUOTAS VEHICULO | 0 | VEHICULOS | 0 | DEUDA VEHICULOS | 0 |
| DIVIDENDOS | 0 | CUOTAS VIVIENDA | 0 | PROPIEDADES | 0 | DEUDAS TARJETAS | 2.000.000 |
| OTROS INGRESOS* | 310.000 | OTROS EGRESOS* | 500.000 | OTROS ACTIVOS* | 0 | OTROS PASIVOS* | 0 |
| TOTAL INGRESOS | 1.750.000 | TOTAL EGRESOS | 1.450.000 | TOTAL ACTIVOS | 1.000.000 | TOTAL PASIVOS | 2.000.000 |

| DESCRIPCION OTROS INGRESOS | DESCRIPCION OTROS EGRESOS | DESCRIPCION OTROS ACTIVOS | DESCRIPCION OTROS PASIVOS |
|---|---|---|---|
| | | | |

### 6. REFERENCIAS PERSONALES

( No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contratista y debe ser localizable en Horario Laboral)

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| VALENCIA | SANABRIA | JULIETH | |
| DIRECCION | CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS | TIPO RELACION | TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR |
| CALLE 84 SUR NO 1 - 18 | BOGOTA | AMIGA | 3006471284 |

### 7. REFERENCIA FINANCIERA

| NOMBRE ENTIDAD | TIPO DE PRODUCTO | NUMERO | SUCURSAL | TELEFONO |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

MANIFIESTO REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☐ (Marcar con X)

| NOMBRE ENTIDAD | TIPO DE PRODUCTO | NUMERO | CIUDAD/PAIS | MONEDA | MONTO |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |

IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIA ☐ PAGO SERVICIOS ☐ PRESTAMO ☐ OTRO ☐ CUAL:

### 8. INFORMACION COMERCIAL (Marcar con X)

| POR QUE MEDIO O CANAL CONOCIO SOBRE LOS SERVICIOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE | | | CORRESPONDENCIA ☐ | PUBLICIDAD ENTIDAD ☐ | MERCADEO ☐ | INTERNET ☐ | BASE DE DATOS ☐ | EVENTOS ☐ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| OTRA ☐ | CUAL: | | REFERENCIADO CLIENTE NUEVO ☐ | REFERENCIADO CLIENTE ANTIGUO ☐ | INVITACION A COTIZAR ☐ | PORTAL WEB SUBRED ☐ | LLAMADA TELEFONICA ☐ | PORTALES EMPLEO ☐ |

### 9. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombres propios, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción".

1. Que los recursos que entregue y entregaré a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, profesión, negocio, etc.):

2. Que ellos fuentes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que la adicione, complemente o modifique).

3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que la adicione, complemente o modifique), ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.

4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinaran a actividades lícitas.

5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.

6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento, modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o imprecisa que yo hubiera proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.

7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

### DE DOCUMENTOS REQUERIDOS

## SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO ( SARLAFT )

**Asalariado**: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nomina de los tres ultimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.
**Pensionado**: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los ultimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.
**Profesional Independiente/Contratistas por OPS**: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 dias calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados **financieros certificados + declaración de renta si es declarante Nota:** Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia legible de la tarjeta profesional del Contador Público.
**Socios Empresas**: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa ( 90 ) días, expedido por la Cámara de Comercio (Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT
3. Fotocopia Inscripción en el Rit Distrital
4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaración de Renta del ultimo periodo gravable declarado ( si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo año, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso (Obligados a llevar contabilidad)
**APODERADO**: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados ( Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc )

**11. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO. AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR,CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICIA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTES DE OTROS PAISES.**

### CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del articulo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriria de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio tecnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

### AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiendase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 4 3, telefono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos pa todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.
B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES. Mis datos personales serán tratados por le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevenc del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadisticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envio de informa relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servi prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impues Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de informacio virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION. Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas juridicas que t la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados c ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañias de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que interve en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adel gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para ef de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios tecnicos y estadisticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES. Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir co finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES. Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biometrico todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Titulo I de la Circular Básica Juridica de la Superintendencia Financie Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.
6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES. Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obliga responderlas.

**SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO ( SARLAFT )**

**7.** DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION. Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.

**8.** RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION. Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfieran, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud *(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, teléfono 344 44 84 , e-mail sarlaftasubredcentrooriente.gov.co)* y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.

**9.**AUTORIZACIÓN. De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizado, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

**NOTA:** Si desea ampliar esta información por favor visite (www.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES"

**11. FIRMA Y HUELLA**

COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERIDICA EN TODAS SUS PARTES Y EN CONSTANCIA FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

1023901787

**Firma Cliente / Representante Legal**

**Huella Índice Derecho**

| **12. INFORMACION DE ENTREVISTA** | | | | **13. VERIFICACION DE LA INFORMACION** | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1.Fecha y Hora:** | | **2. Ciudad** | | **1. Fecha y Hora:** | | **2. Ciudad** | |
| **3.Nombre del funcionario Subred** | | | | **3. Nombre y Cargo (Contraparte)** | | | |
| **4. Lugar de la Entrevista:** | | | | **4. Lugar de la verificación:** | | | |
| **5. Observaciones:** | | | | **5. Observaciones:** | | | |
| **6. Resultado de la Entrevista:** | ACEPTADO ☐ | RECHAZADO ☐ | | **6. Firma y No Cédula:** | | | |
| **7. Firma y Cédula** | | | | **7. Nombre Apellidos Funcionario Subred** | | | |
| **8. Proceso Responsable Subred** | | | | **8. Proceso Responsable Subred** | | | |