

	FORMATO DE CONSULTA, ACTUALIZACION Y/O MODIFICACION DE LOS DATOS PERSONALES DE LOS TITULARES		Código	FT-PA-GI-028
			Página	1 de 1
			Versión	01/28-11-2018
Proceso	GESTION INFORMATICA Y ARCHIVO	Subproceso	SEGURIDAD DE LA INFORMACION	

CIUDAD		FECHA DE RADICADO	DÍA	MES	AÑO
---------------	--	--------------------------	-----	-----	-----

DATOS DEL TITULAR					
Si es persona natural por favor diligenciar las siguientes casillas					
NOMBRES Y APELLIDOS					
DIRECCIÓN					
CORREO ELECTRONICO			TELÉFONO		
ACUDIENTE			TELÉFONO		
Si es persona jurídica por favor diligenciar las siguientes casillas					
NOMBRE DE LA EMPRESA					
RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA					
TIPO DE RÉGIMEN	SIMPLIFICADO		COMUN		GRAN CONTRIBUYENTE
NIT			DIRECCIÓN		
TELEFONO			CORREO		
NOMBRE DE REPRESENTANTE LEGAL					

Marque con una "X" en la casilla correspondiente a la diligencia que usted desea realizar					
CONSULTA		ACTUALIZACIÓN		RECTIFICACIÓN	
REVOCATORIA DE LA AUTORIZACIÓN DE LOS DATOS PERSONALES					
Indique el grupo en el que se clasifique	USUARIO		FUNCIONARIO		PROVEEDOR
					CLIENTE
DESCRIPCION DE LA SOLICITUD					

Indique los documentos a adjuntar											
1. CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACION LEGAL, (NO SUPERIOR A 30 DIAS).				SI	N/A	4. FOTOCOPIA CÉDULA DE CIUDADANIA REPRESENTANTE LEGAL				SI	N/A
2. RUT ACTUALIZADO (NO SUPERIOR A 30 DÍAS)				SI	N/A	5. ESTADOS FINANCIEROS Y SUS NOTAS (DEL ÚLTIMO AÑO PARA ACTUALIZACIÓN Y DE LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS PARA CREACIÓN)				SI	N/A
3. FOTOCOPIA DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL TITULAR				SI	N/A	R.C		T.I		C.C.	En caso de menor de edad anexas documento de representante
6. OTRO	SI	N/A	Cuál?								

Firma del solicitando		Se tomará huella en caso de no poder firmar.	
------------------------------	--	---	--

Declaro bajo la gravedad de juramento que la información registrada en este documento es verídica y podrá ser corroborada en cualquier momento por la institución. Igualmente me comprometo a actualizar esta información en el momento en que se presente algún cambio

ESPACIO EXCLUSIVO PARA LA CLINICA MEDICO QUIRURGICA S.A.

FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE RESPUESTA	FIRMA Y SELLO CMQ

Tenga presente que, para garantizar el correcto trámite de su solicitud, el seguimiento de la misma y la entrega de la respuesta deberá usar exclusivamente este formato, en donde será de vital importancia registrar toda la información correspondiente y sus datos de contacto actualizados.

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
COORDINADOR DE SISTEMAS	COMITÉ DE CALIDAD	GERENCIA