| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. | FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - EMPRESA (CIRCULAR 009/2016) | CÓDIGO: AP-GF-F-23-02 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 2 |
| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA | PÁGINA:1 DE 3 |
| | | FECHA: 06/05/2019 |

**CIUDAD/ PAÍS Y FECHA DE DILIGENCIAMIENTO**

PERSONA JURÍDICA [x] PERSONA NATURAL [ ] OTRA: [ ] CUAL: _____

**1. CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN CON LA EMPRESA (MARCA CON X)**

ASEGURADOR [ ] PROVEEDOR [X] CONTRATISTA [ ] PARTICULAR [ ] OTRO [ ] CUAL: _____

**2. DATOS DE LA PERSONA JURÍDICA**

| RAZÓN SOCIAL | Topi Grupo Empresarial S.A.S | NIT | 900091547-0 |
|---|---|---|---|

| REPRESENTANTE LEGAL: | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRES |
|---|---|---|---|
| | Cuero | Astudillo | Viviana Andrea |

| CEDULA DE [ ] | CEDULA DE [x] | NUMERO: 9632 | LUGAR Y FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD) 10 mayo 2001 |
|---|---|---|---|

| FECHA NACIMIENTO:AAAA/MM/DD | LUGAR NACIMIENTO | DEPARTAMENTO | NACIONALIDAD (1) | NACIONALIDAD (2) |
|---|---|---|---|---|
| 1983-02-01 | Bogoà | Bogotà | Colombiana | |

| DIRECCIÓN DOMICILIO PRINCIPAL | PAÍS | DEPARTAMENTO | CIUDAD | TELÉFONO/FAX |
|---|---|---|---|---|
| Parque Agroindustrial de la sabana local 6 | Colombia | Cundinamarca | Mosquera | 3004690046 |

| CORREO ELECTRÓNICO: | PORTAL/PAGINA INTERNET: |
|---|---|
| gerencia@topi.com.co | |

| DIRECCIÓN SUCURSAL/AGENCIA | DEPARTAMENTO/ CIUDAD | PAÍS | TELÉFONO/FAX |
|---|---|---|---|
| | | | |

**TIPO DE EMPRESA (ACTIVIDAD ECONÓMICA)**

PUBLICA [ ] MIXTA [ ] PRIVADA [x] SERVICIOS [ ] INDUSTRIAL [ ] FARMACÉUTICA [ ] COMERCIAL [ ]

SERVICIOS DE SALUD [ ] SERVICIOS FINANCIEROS [ ] TRANSPORTES [ ] OTRA [ ] CUAL: _____

| INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE | SI [x] NO [ ] | RENTA/CREE | SI [ ] NO [x] | IVA | SI [x] NO [ ] | ICA | SI [ ] NO [x] | CÓDIGO CIIU ACTIVIDAD ECONÓMICA | 7310 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | PRINCIPAL [x] | SECUNDARIA [ ] |

| GRAN CONTRIBUYENTE | SI [ ] NO [x] | AGENTE RETENEDOR | SI [X] NO [ ] | AGENTE AUTORETENEDOR | SI [ ] NO [x] |
|---|---|---|---|---|---|

Escaneado con Ca

## 3. DECLARACIÓN PERSONA PÚBLICAMENTE EXPUESTA (PEPS)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| POR SU CARGO O ACTIVIDAD ADMINISTRA O TIENE A SU CARGO EL MANEJO DE RECURSOS PÚBLICOS | SI | | NO | x |
| POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGÚN GRADO O TIPO DE PODER PUBLICO | SI | | NO | x |
| POR SU ACTIVIDAD, OCUPACIÓN U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PUBLICO GENERAL | SI | | NO | x |
| ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS DIFERENTE A COLOMBIA | SI | | NO | x |

**Si contestó afirmativamente alguna de las anteriores preguntas, por favor, especifique:**

## IDENTIFICACIÓN DE ACCIONISTAS, SOCIOS, ASOCIADOS QUE SEAN TITULARES DE MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIPACIÓN

| NOMBRE COMPLETO O RAZÓN SOCIAL | % | TIPO DE IDENTIFICACIÓN | NUMERO IDENTIFICACIÓN |
|---|---|---|---|
| Viviana Andrea Cuero Astudillo | 50% | C. C. [x] C. E. [ ] T. I. [ ] NIT [ ] | 52963224 |
| Hector Fabio Mendez Torrez | 50% | C. C. [x] C. E. [ ] T. I. [ ] NIT [ ] | 5996328 |
| | | C. C. [ ] C. E. [ ] T. I. [ ] NIT [ ] | |
| | | C. C. [ ] C. E. [ ] T. I. [ ] NIT [ ] | |

## 4. INFORMACIÓN FINANCIERA (ULTIMO PERIODO DECLARADO)

| | | | |
|---|---|---|---|
| INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES | 298,357,397 | ACTIVOS TOTALES | 1,509,155,348 |
| INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES | 16,824,627 | PASIVOS TOTALES | 816,026,204 |
| EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES | 268,219,244 | PATRIMONIO | 693,129,144 |
| EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES | | | |
| CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES: | DESCUENTOS COMERCIALES Y SUBSIDIO DE NOMINA | | |
| CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES: | | | |

## 5. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES

**REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA:** SI [ ] NO [x]

REDESCUENTO [ ] EXPORTACIONES [ ] LEASING [ ] SERVICIOS [ ] OPERACIONES DE TRANSFERENCIAS [ ] IMPORTACIONES [ ]

PAGO DE SERVICIOS [ ] PRESTAMOS EN MONEDA EXTRANJERA [ ] INVERSIONES [ ] OTRA [ ] Especifique cual: _____

| TIPO PRODUCTO | No DEL PRODUCTO | MONTO OPERACIÓN | CIUDAD | PAÍS | MONEDA |
|---|---|---|---|---|---|

Escaneado con Ca

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |

**6. DECLARACIÓN DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS**

Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, 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 NORTE 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.** Los recursos que posee la Empresa provienen de las siguientes fuentes ( detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):
___PUBLICIDAD_____
_____

**2.** Las actividades realizadas por la Empresa se efectúan dentro del Marco Legal. Los recursos que posee NO provienen de actividades ilícitas de conformidad con el Código Penal Colombiano.
**3.** La información suministrada en este formulario es veraz y verificable, y me obligo a actualizarla cuando así se requiera.
**4.** Cláusula para apoderados: Certifico que toda la información suministrada y de la cual no soy titular ha sido obtenida de acuerdo con los parámetros establecidos legalmente.
**5.** Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato NO se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
**6**. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
**7**. 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 lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
**8.** Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE se destinarán a actividades lícitas.
**9.** Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
**10**. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED, 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 se modifiquen las declaraciones por mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
**11**. 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 NORTE ESE.

**7. DOCUMENTOS REQUERIDOS**

Escaneado con Ca

**1.** Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa ( 90 ) días, expedido por la Cámara de Comercio.
**2.** Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
**3.** Fotocopia del documento de identificación del Representante legal de la Empresa.
**4.** Fotocopia Declaración de Renta del ultimo periodo gravable declarado.
**5.** Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.

**APODERADO**

Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.

**8. AUTORIZACIÓN DE USO DE INFORMACIÓN**

**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 artículo 2 de la Ley 1581 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 requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
**3.** Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes.
**4.** Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente: Declaro expresamente:
*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 para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.
*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 la ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o 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 prevención 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 del

Escaneado con Ca

Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información 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 servicios 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 Impuestos y 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 información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

**2. TRATAMIENTO:**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 jurídicas que tienen 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 con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan 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 adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, y a cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos 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 técnicos y estadísticos.

**4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES:** Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.

Escaneado con Ca

**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 sido 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 biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de 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 obligados a responderlas.

**7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN**: 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 LA INFORMACIÓN**: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud ***(Calle 66 No.15-41 Bogotá D.C., Teléfono 3499080, email sarlaft@subrednorte.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 autorizamos, 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.

**9. FIRMA Y HUELLA**

SE FIRMA EL PRESENTE DOCUMENTO COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO SU CONTENIDO, SE DECLARA QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES EXACTA Y VERIDICA EN TODAS SUS PARTES

**Firma Cliente / Representante Legal**



**Huella Índice Derecho**

**10. VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN**

| | |
|---|---|
| **1. Ciudad y fecha** | |
| **2. Nombre y Cargo de quien verifica:** | |
| **3. Lugar de la Entrevista:** | |
| **4. Observaciones:** | |
| **5. Firma y Cédula** | |

Escaneado con Ca