

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                         | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E                                                                                  |                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| FORMULARIO CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                         | DI-091-FT-01 V1                                                                                                                   |                                            |
| SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARLAFT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                         |                                                                                                                                   |                                            |
| FECHA: 12/2021                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | CUIDAD: Bogotá D.C.                                                                                                     | DEPARTAMENTO: Cundinamarca                                                                                                        |                                            |
| <p>Destinatario Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitimos adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el numeral 5.2.2.2.1. de la Circular Externa No 039 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 Sur E.S.E, 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.</p> |                                                                                                                         |                                                                                                                                   |                                            |
| CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN LA EMPRESA (MARCA CON X)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                         |                                                                                                                                   |                                            |
| PROVEEDOR <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | PARTICULAR <input type="checkbox"/>                                                                                     | CONTRATISTA OPS <input checked="" type="checkbox"/>                                                                               | SERVICIOR PÚBLICO <input type="checkbox"/> |
| OTRO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                         | CUAL: _____                                                                                                                       |                                            |
| 1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                         |                                                                                                                                   |                                            |
| PRIMER APELLIDO: Robaco                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | SEGUNDO APELLIDO: Salazar                                                                                               | PRIMER NOMBRE: Lady                                                                                                               | SEGUNDO NOMBRE: Gerolaine                  |
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> N.I.P. <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | NO IDENTIFICACIÓN <input type="checkbox"/>                                                                              | LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio): Bogotá                                                                                       | FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD): 2012/10/23  |
| PASAPORTE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | CUAL: N/A                                                                                                               | ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                      |                                            |
| FECHA NACIMIENTO: 26/11/1994                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio): Bogotá                                                                             | PAÍS NACIMIENTO: Colombia                                                                                                         | NACIONALIDAD: Colombiana                   |
| ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) <input checked="" type="checkbox"/> UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | CASADO(A) <input type="checkbox"/> VIUDO(A) <input type="checkbox"/>                                                    | DIVORCIADO(A) <input type="checkbox"/>                                                                                            | PERSONA A CARGO: 0                         |
| NÚMERO DE HIJOS: N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                         |                                                                                                                                   | TELÉFONO CELULAR: N/A                      |
| NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                         |                                                                                                                                   | PROFESIÓN / OFICIO                         |
| MAGISTER <input type="checkbox"/> POSGRADO <input type="checkbox"/> UNIVERSITARIO <input checked="" type="checkbox"/> BACHILLER <input type="checkbox"/> PRIMARIA <input type="checkbox"/> TÉCNICO <input type="checkbox"/> TECNÓLOGO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                         |                                                                                                                                   | CUAL: N/A Enfermera                        |
| DIRECCIÓN RESIDENCIA: Calle 61 # 190103                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | CUIDAD RESIDENCIA: Bogotá                                                                                               | DEPARTAMENTO: Cundinamarca                                                                                                        | PAÍS RESIDENCIA: Colombia                  |
| CORREO ELECTRÓNICO: lerdgarcia1994@hotmail.com                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                         | TIPO DE VIVIENDA: PROPIA <input type="checkbox"/> FAMILIAR <input checked="" type="checkbox"/> ARRENDADA <input type="checkbox"/> |                                            |
| DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene): N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | CUIDAD: N/A                                                                                                             | DEPARTAMENTO: N/A                                                                                                                 | PAÍS: N/A                                  |
| TELÉFONO/FAX: N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                         |                                                                                                                                   |                                            |
| 2. DATOS DEL CÓNYUGE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                         |                                                                                                                                   |                                            |
| PRIMER APELLIDO: N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | SEGUNDO APELLIDO: N/A                                                                                                   | PRIMER NOMBRE: N/A                                                                                                                | SEGUNDO NOMBRE: N/A                        |
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> N.I.P. <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | NO IDENTIFICACIÓN <input type="checkbox"/>                                                                              | LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio): N/A                                                                                          | FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD): N/A         |
| PASAPORTE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | CUAL: N/A                                                                                                               | ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                 | NACIONALIDAD: N/A                          |
| 3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                         |                                                                                                                                   |                                            |
| ASALARIADO <input type="checkbox"/> ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> SOGO <input type="checkbox"/> CONTRATISTA <input checked="" type="checkbox"/> PROFESIONAL INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | HOGAR COMERCIANTE <input type="checkbox"/> EMPLEADO PÚBLICO <input type="checkbox"/> OTRA .... <input type="checkbox"/> | CUAL: N/A                                                                                                                         |                                            |
| DECLARA RENTA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | DECLARA IVA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                    | PENSADO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                  |                                            |
| DECLARA ICA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | DECLARA AGENTE RETENEDOR: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                       | PRINCIPAL: SI <input type="checkbox"/> SECUNDARIA: SI <input type="checkbox"/>                                                    |                                            |
| GRAN CONTRIBUYENTE: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>                        | NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DÓNDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONÓMICA: N/A                                                       |                                            |
| ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA DÓNDE LABORA: AGRÍCOLA <input type="checkbox"/> ENERGÉTICA <input type="checkbox"/> FINANCIERA <input type="checkbox"/> TRANSPORTE <input type="checkbox"/> TECNOLOGÍA <input type="checkbox"/> MUEBLES <input type="checkbox"/> OTRAS <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | CUAL: N/A                                                                                                               |                                                                                                                                   |                                            |

|                         |          |                  |                   |      |
|-------------------------|----------|------------------|-------------------|------|
| DIRECCIÓN DE LA EMPRESA | TÉLEFONO | CUIDAD/MUNICIPIO | DEPARTAMENTO      | PAÍS |
| NIA                     | NIA      | NIA              | NIA               | NIA  |
| CARGO ACTUAL            | NIA      |                  | FECHA VINCULACIÓN | NIA  |

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

|                     |                |                            |                       |                    |               |
|---------------------|----------------|----------------------------|-----------------------|--------------------|---------------|
| NÚMERO DE EMPLEADOS | VENTAS ANUALES | CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA | DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD | FECHA CONSTITUCIÓN | TIPO SOCIEDAD |
| NIA                 | NIA            | NIA                        | NIA                   | NIA                | NIA           |

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

| INGRESOS MENSUALES         |           | EGRESOS MENSUALES         |           | ACTIVOS                   |     | PASIVOS                   |         |
|----------------------------|-----------|---------------------------|-----------|---------------------------|-----|---------------------------|---------|
| SALARIOS                   | NIA       | GASTOS FAMILIARES         | 300,000   | ACCIONES                  | NIA | SALDO HIPOTECARIA         | NIA     |
| MONEDEROS                  | 3,000,000 | PREMIOS                   | NIA       | INVERSIONES               | NIA | TARJETAS DE CRÉDITO       | 300,000 |
| ARRENDOS                   | NIA       | CUOTA VEHICULO            | NIA       | VEHICULOS                 | NIA | DEUDA VEHICULOS           | NIA     |
| COMISIONES                 | NIA       | CUOTA VIVIENDA            | NIA       | PROPIEDADES               | NIA | DEUDAS TERCEROS           | NIA     |
| OTROS INGRESOS*            | NIA       | OTROS EGRESOS*            | 1,000,000 | OTROS ACTIVOS*            | NIA | OTROS PASIVOS*            | NIA     |
| TOTAL INGRESOS             |           | TOTAL EGRESOS             |           | TOTAL ACTIVOS             |     | TOTAL PASIVOS             |         |
| DESCRIPCIÓN OTROS INGRESOS | NIA       | DESCRIPCIÓN OTROS EGRESOS | NIA       | DESCRIPCIÓN OTROS ACTIVOS | NIA | DESCRIPCIÓN OTROS PASIVOS | NIA     |

6. REFERENCIAS PERSONALES  
(No debe ser familiar ni vivir con el Cuentapropista y debe ser localizable en Horario Laboral)

|                 |                          |               |                                     |
|-----------------|--------------------------|---------------|-------------------------------------|
| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO         | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE                      |
| UASIAS.         |                          | Beixon.       | Jhian                               |
| DIRECCIÓN       | CUIDAD/DEPARTAMENTO/PAÍS | TIPO RELACIÓN | TÉLEFONO FIJO Y/O EXTENSIÓN/CELULAR |
|                 | Bogotá.                  | Amigo         | 3509729882                          |

7. REFERENCIA FINANCIERA

|                |                  |        |          |          |
|----------------|------------------|--------|----------|----------|
| NOMBRE ENTIDAD | TIPO DE PRODUCTO | NÚMERO | SUCURSAL | TÉLEFONO |
| NIA            | NIA              | NIA    | NIA      | NIA      |

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

|                |                  |        |             |        |                |
|----------------|------------------|--------|-------------|--------|----------------|
| NOMBRE ENTIDAD | TIPO DE PRODUCTO | NÚMERO | PAÍS/CUIDAD | MONEDA | MONTO PROMEDIO |
| NIA            | NIA              | NIA    | NIA         | NIA    | NIA            |

DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS:

IMPORTACIÓN ☐ EXPORTACIÓN ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRÉSTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ CUAL: NIA.

OTRA ☐

8. DECLARACIÓN DEL ORIGEN DE LOS DINEROS/FONDOS

Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando fe de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR 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 528 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción".

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

Actividades como enfermera.

2. 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).

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 lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré 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 SUR ESE se destinarán 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 SUR ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR 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 se modifiquen las declaraciones por mí efectuadas, emitiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR 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.

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

8. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Acreditación Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.

Pensionado: Certificado de pensión o dependientes de pago de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante.

Profesional independiente/Contratista por OPE: Constancia de Honorarios o Certificaciones de honorarios no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o declaración de ingresos o constancia 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 de la tarjeta profesional del contador legible.

Socios/Empleados: 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 Único Tributario RUT.

3. Fotocopia inscripción en el RIT Diabtal.

4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.

5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si este obligado a declarar).

6. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso (Obligados a llevar contabilidad)

APODERADO: Aquella poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.

NOTA: Todos los conceptos de egresos deben estar debidamente soportados. (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

**10. AUTORIZACIÓN REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACIÓN 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 PROVENIENTE DE OTROS PAÍSES.**

**CONSIDERACIONES**

1. Que los datos personales suministrados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos por 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 lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que busquen la protección de datos personales y que se encuentren contenidos en dicha legislación, 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 requiere de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales cedidos para el estudio técnico del riesgo se tratan observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines como calificar, ratón por la cual procede a emitir la siguiente.

**AUTORIZACIÓN**

Para efectos de la presente autorización, entiendo por el ESE, Subred Integrada de Servicios de Sur ESE, con NIT 900.659.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 43, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad a 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, suministraré mis datos para todos los fines prioritarios y/o contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.

1. 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 Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Público, Contratista por OPE 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 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) Envío de información de Sujetos de Inhabilitación 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. El tratamiento podrá ser realizado directamente por dicha Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las 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 derivadas de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, 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 adelanten gestiones de pago para efectos de la celebración de contratos de seguros y reaseguros. e) A la UAF, FiscoCol, ya 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.

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 leere 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 en el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional 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 1296 de 2006 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

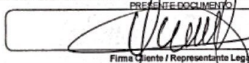
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACIONES: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyen en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se comparten, transfieren, transmiten, entregan o divulgan, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán: a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Carrera 26 # 47-25 Sur Bogotá DC, teléfono 2000000, e-mail: [informatica@sur-es.com.co](mailto:informatica@sur-es.com.co)) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude. **ENVIAR DIRECCIÓN/CUADRO, TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO DEL CONTACTO.**

9. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizo, 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: Se desea ampliar esta información por favor visite: [www.subredsur.gov.co](http://www.subredsur.gov.co) en el Link "POLÍTICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACIÓN DE DATOS PERSONALES".

**IX. FIRMA Y HUELLA**

COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERDADERA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO.

  
Firma Cliente o Representante Legal

  
Huella Índice Derecho

**X. INFORMACIÓN DE ENTREVISTA**

|                                     |                                                                      |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| 1. Fecha                            | 2. Ciudad                                                            |
| 3. Nombre del funcionario o Asesor: |                                                                      |
| 4. Lugar de la Entrevista:          |                                                                      |
| 5. Observaciones:                   |                                                                      |
| 6. Resultado de la Entrevista:      | ACEPTADO <input type="checkbox"/> RECHAZADO <input type="checkbox"/> |
| 7. Firma y Cédula                   |                                                                      |

**XI. INFORMACIÓN DE VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN**

|                                      |           |
|--------------------------------------|-----------|
| 1. Fecha                             | 2. Ciudad |
| 3. Nombre y Cargo de quien verifica: |           |
| 4. Lugar de la verificación:         |           |
| 5. Observaciones:                    |           |
| 6. Firma y cédula:                   |           |