

	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE		CÓDIGO: AP-GF-F-24-04	
	PERSONA NATURAL (CIRCULARES 009/2016_005-5/2022)		VERSION: 4	
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA		PÁGINAS: 1 DE 3 FECHA: 15/06/2022	

CIRCULARES: *009 DE 2016 *005-5 DE 2022: "POLÍTICA DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE". SE DEBE DILIGENCIAR EL FORMATO EN SU TOTALIDAD, LO QUE NO APLIQUE O NO CORRESPONDA SE DEBE COLOCAR N/A. NO DEBEN QUEDAR CASILLAS EN BLANCO. LEA DETENIDAMENTE EL FORMATO. DE IGUAL FORMA DEBE ALLEGAR LA TOTALIDAD DE LA DOCUMENTACION.

CIUDAD/ PAÍS Y FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:		COLOMBIA	BOGOTA	08/11/2022	
1. CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN (MARCA CON X)					
SERVIDOR PUBLICO	☐	CONTRATISTA OPS	☒	PARTICULAR ☐ OTRO ☐ CUAL: _____	
2. DATOS DE LA PERSONA NATURAL					
PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	
NICOLE		CAMILA	GONZALEZ	RAMIREZ	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		No IDENTIFICACIÓN	LUGAR Y FECHA EXPEDICIÓN:(A/M/D)	LUGAR Y FECHA NACIMIENTO:(A/M/D)	NACIONALIDAD
CEDULA DE CIUDADANÍA ☒		1000353526	BOGOTA	7 /10 /2003	COLOMBIA
CEDULA DE EXTRANJERÍA ☐			11/10/2021	BOGOTA	
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: _____					
ESTADO CIVIL			NUMERO DE HIJOS	PERSONAS A CARGO	TELÉFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ OTRO CUAL: _____					
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA					PROFESIÓN/OFICIO
MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER ☐ TECNÓLOGO ☐ OTRO ☒ CUAL: _____ TECNICO					AUXILIAR DE ENFERMERIA
DIRECCIÓN RESIDENCIA:		CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO RESIDENCIA	PAÍS RESIDENCIA	TELÉFONO RESIDENCIA
CR 8C N° 92A 56 SUR		BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	3207732
CORREO ELECTRÓNICO:		PORTAL O PAGINA INTERNET		TIPO DE VIVIENDA	
NICOLCAMILAGONZALEZRAMIREZ@GMAIL.COM				PROPIA ☐ FAMILIAR ☒ ARRENDADA ☐	
DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)		CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAÍS:	TELÉFONO/FAX
3. DATOS DEL CÓNYUGE/ COMPAÑERO PERMANENTE					
PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		No IDENTIFICACIÓN	LUGAR Y FECHA EXPEDICIÓN:(A/M/D)	LUGAR Y FECHA NACIMIENTO:(A/M/D)	NACIONALIDAD
CEDULA DE CIUDADANÍA ☐					
CEDULA DE EXTRANJERÍA ☐					
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: _____					
4. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA:(ULTIMO PERIODO DECLARADO)					
EMPLEADO PUBLICO ☒ PENSIONADO ☐ CONTRATISTA ☐ PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐ OTRO ☐ CUAL: _____					
INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE SEÑALE CON UNA EQUIS (X)					
DECLARA RENTA ☐		AGENTE RETENEDOR ☐	IVA ☐	ICA ☐	
GRAN CONTRIBUYENTE ☐		AGENTE AUTORETENEDOR ☐	CÓDIGO CIU ACTIVIDAD ECONÓMICA:		PRINCIPAL: _____
FUNCIONARIO PUBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONÓMICA		
SI ☐ NO ☐		SI ☐ NO ☐			
ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA				NUMERO DE NIT	
GOBIERNO ☐ FINANCIERA ☐ SERVICIOS ☐ SALUD ☐ TECNOLOGÍA ☐ OTRA ☐ CUAL: _____					
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA		TELÉFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAÍS
CARGO ACTUAL				FECHA VINCULACIÓN	
5. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO (Si aplica)					
NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCIÓN	TIPO SOCIEDAD
6. INFORMACIÓN FINANCIERA					
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS	PASIVOS
SALARIOS	1.000.000	GASTOS FAMILIARES	\$ 700.000,00	AHORROS	SALDO HIPOTECA
HONORARIOS		ARRIENDOS		INVERSIONES	TARJETAS DE CRÉDITO
ARRIENDOS		CUOTA VEHÍCULO		VEHÍCULOS	DEUDA VEHÍCULOS
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES	DEUDAS TERCEROS
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*	OTROS PASIVOS*
TOTAL INGRESOS	\$ 0	TOTAL EGRESOS	\$ 0	TOTAL ACTIVOS	\$ 0
TOTAL PASIVOS					\$ 0
DESCRIPCIÓN OTROS INGRESOS		DESCRIPCIÓN OTROS EGRESOS		DESCRIPCIÓN OTROS ACTIVOS	DESCRIPCIÓN OTROS PASIVOS

--	--	--	--

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

	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL (CIRCULARES 009/2016_005-5/2022)		CÓDIGO: AP-GF-F-24-04				
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA		VERSIÓN: 4				
			PÁGINAS: 2 DE 3 FECHA: 15/06/2022				
7. REFERENCIAS PERSONALES (No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)							
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
AGUIRRE		MALDONADO		ARNOLD	JULIAN		
DIRECCIÓN		CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAÍS		TELÉFONO FIJO Y / O EXTENSIÓN/CELULAR			
CALLE 65 SUR N°71F 88		BOGOTA/CUNDINAMARCA/COLOMBIA		FAMILIAR DE PACIENTE CUIDADO A DOMICILIO 3212640475			
8. REFERENCIA FINANCIERA							
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NUMERO	SUCURSAL	TELÉFONO	
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA:					SI ☐	NO ☒	
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NUMERO	PAÍS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO
DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS							
PAGO SERVICIOS ☐ EXPORTACIÓN ☐ TRANSFERENCIAS ☐ IMPORTACIÓN ☐ PRESTAMOS ☐ OTRA ☐ CUAL:							
OBSERVACIONES: Con el diligenciamiento de este formulario se da cumplimiento al Proceso de Conocimiento del Cliente o contraparte- debida diligencia, conforme a lo establecido en las Circulares No 009/2016/005-5/2022, expedidas por la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter obligatorio y forma parte de las Políticas, enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, financiación del Terrorismo, Proliferación de armas de destrucción masiva, Sistema de Corrupción, Opacidad y Fraude SICOF, de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud.							
9. 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. Que los recursos y/o elementos que entregue y entregaré a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):							
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 NORTE 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 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 mi 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.							
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 NORTE ESE.							
10. DOCUMENTOS REQUERIDOS							
1. Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses y declaración de Renta si es declarante.							
2. Profesional Independiente: Declaración de renta si es declarante.							
3. Contratistas por OPS:							
4.1.Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.							
4.2.Fotocopia Inscripción en el RIT Distrital.							
4.3.Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.							
4.4.Fotocopia Declaración de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)							
11. 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.							
12. CONSIDERACIONES							
1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente o contraparte- persona natural, estan regidos de acuerdo a las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención,y Control del Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo, Proliferación de armas de destrucción masiva y de acuerdo al sistemad de Corrupción, Opacidad y Fraude SICOF, adoptado por la Subred Norte ESE.							
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 tratan observando las disposiciones legales vigentes.							
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales.							
12.1. AUTORIZACIÓN							

Ante la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE, identificada con Nit 900.971.006-4 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma ESE antes mencionada. **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 Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de 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 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) 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) Envío de información de Sujetos de tributación a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. k) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. l) La prevención y control de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo, proliferación de armas de destrucción masiva y el sistema SICOF.

2. TRATAMIENTO: El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL (CIRCULARES 009/2016_005-5/2022)		CÓDIGO: AP-GF-F-24-04										
			VERSIÓN: 4										
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA		PÁGINAS: 3 DE 3 FECHA: 15/06/2022										
3. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN: Los suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas afiliadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las 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 y a la ESE y/o Unidades Pres cualquier otra persona jurídica legalmente autoriza acceder al Sistema General de Seguridad Social e 4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL con las finalidades del tratamiento. 5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las r consecuencia, no he sido obligado a responderlas, los relativos de la salud y de los datos biométricos. E Circulares 009/2020 y 005-5/2022 de la Superinte 6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y A obligados a responderlas. 7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender 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 (la administración de bases de datos para efectos Corrupción, Opacidad y fraude SICOF. 9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZO a los mismos, por las personas, para las finalidades y e 10. ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido 11. 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 las informaciones que se hayan recogido sobre mi. 12. AUTORIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender 13. FIRMAS Y HUELLA SE FIRMA EL PRESENTE DOCUMENTO COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y LARA QUE LA INFORMACIÓN ACEPTADO SU CONTENIDO, SE DECSUMINISTRADA ES EXACTA Y ICA EN TODAS SUS PARTES. VERIFICO Nicole G. Firma :liente / Representante Legal Huella Índice Derecho 14. VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN (USO EXCLUSIVO DE LA SUBRED NORTE ESE) <table><tr><td>1. Ciudad y fecha</td><td></td></tr><tr><td>2. Nombre y Cargo de quien verifica:</td><td></td></tr><tr><td>3. Lugar de la verificación:</td><td></td></tr><tr><td>4. Observaciones:</td><td></td></tr><tr><td>5. Firma:</td><td></td></tr></table>				1. Ciudad y fecha		2. Nombre y Cargo de quien verifica:		3. Lugar de la verificación:		4. Observaciones:		5. Firma:	
1. Ciudad y fecha													
2. Nombre y Cargo de quien verifica:													
3. Lugar de la verificación:													
4. Observaciones:													
5. Firma:													