		FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL (CIRCULAR 009/2016)		CODIGO: AP-GF-F-24-03 VERSION: 3 PAGINA: 1 DE 3 FECHA: 06/05/2019	
FECHA: 23-05-2022		CIUDAD: Bopota D.C.		DEPARTAMENTO: Cardenas	
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTION FINANCIERA					
1. CLASE O TIPO DE VINCULACION (MARCA CON X)					
PROVEEDOR <input type="checkbox"/>	PARTICULAR <input type="checkbox"/>	CONTRATISTA OPS <input checked="" type="checkbox"/>	SERVIDOR PUBLICO <input type="checkbox"/>	OTRO <input type="checkbox"/>	CUAL:
2. DATOS DE LA PERSONA NATURAL					
PRIMER NOMBRE: Ana		SEGUNDO NOMBRE: Maria		PRIMER APELLIDO: Quintero	
SEGUNDO APELLIDO: Mediano		TIPO DE IDENTIFICACION		LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	
C.C. <input checked="" type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUAL:		IDENTIFICACION: 52454226 LUGAR EXPEDICION: Bopota D.C.		FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD): 13-03-1997	
ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
FECHA NACIMIENTO: 4-12-1978		LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio): Bopota D.C.		PAIS NACIMIENTO: Colombia	
ESTADO CIVIL: SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCADO <input checked="" type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> UNION LIBRE <input type="checkbox"/>		PERSONAS A CARGO: ninguno		NACIONALIDAD: Colombiana	
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADÉMICA		NUMERO DE HIJOS: 2		TELÉFONO CELULAR: 3004-0286	
MASTER <input type="checkbox"/> POSGRADO <input checked="" type="checkbox"/> UNIVERSITARIO <input type="checkbox"/> BACHILLER <input type="checkbox"/> PRIMARIA <input type="checkbox"/> TECNOLÓGICO <input type="checkbox"/> TÉCNICO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUAL:		PROFESION/OFICIO: Nutricionista			
DIRECCION RESIDENCIA: 21146A#58B-85		CIUDAD RESIDENCIA: Bopota		DEPARTAMENTO RESIDENCIA: Cardenas	
CORREO ELECTRONICO: anamaria.gelphoo.com		PAIS RESIDENCIA: Colombia		TELÉFONO RESIDENCIA: 4629923/60875	
PORTAL O PAGINA INTERNET		TIPO DE VIVIENDA			
DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene): NA		PROPIA <input type="checkbox"/> FAMILIAR <input type="checkbox"/> ARRENDADA <input checked="" type="checkbox"/>			
CIUDAD: UA		DEPARTAMENTO: UA		PAIS: UA	
TELÉFONO/FAX: UA					
3. DATOS DEL CÓNYUGE/ COMPAÑERO PERMANENTE					
PRIMER APELLIDO: Roscoe		SEGUNDO APELLIDO: Rivera		PRIMER NOMBRE: Ricardo	
SEGUNDO NOMBRE: Felipe		TIPO DE IDENTIFICACION		LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	
C.C. <input checked="" type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUAL:		NUMERO DE IDENTIFICACION: 84103553 LUGAR EXPEDICION: San Juan del Cesar		FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD): 17-06-1992	
ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NACIONALIDAD: Colombiana					
4. INFORMACION ACTIVIDAD ECONOMICA: (ULTIMO PERIODO DECLARADO)					
SOCIO <input type="checkbox"/> PROFESIONAL INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> HOGAR <input type="checkbox"/> CONTRATISTA <input checked="" type="checkbox"/> EMPLEADO SOCIO <input type="checkbox"/> COMERCIANTE <input type="checkbox"/>					
EMPLEADO PUBLICO <input type="checkbox"/> PENSIONADO <input type="checkbox"/> ASALARIADO <input checked="" type="checkbox"/> ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUAL:					
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:		DECLARA RENTA		CÓDIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
		SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		PRINCIPAL: 8692 SECUNDARIA:	
		GRAN CONTRIBUYENTE		AGENTE AUTORETENEDOR	
SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
FUNCIONARIO PUBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA	
SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		Subred Integrada de Servicios de Salud Norte	
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA					
GOBIERNO <input type="checkbox"/> SERVICIOS <input checked="" type="checkbox"/>		ENERGÉTICA <input type="checkbox"/> COMERCIAL <input type="checkbox"/>		EXPORTACIONES <input type="checkbox"/> FINANCIERA <input type="checkbox"/>	
TRANSPORTE <input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS <input type="checkbox"/>		ALIMENTOS <input type="checkbox"/> AGRÍCOLA <input type="checkbox"/>		TECNOLOGÍA <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/> CUAL:	
DIRECCION DE LA EMPRESA: 66 # 13-114		TELÉFONO: 3453872		CIUDAD/MUNICIPIO: Bopota	
CARGO ACTUAL: Nutricionista		DEPARTAMENTO: Cardenas		PAIS: Colombia	
				FECHA VINCULACION: 23-05-2022	
5. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO					
NUMERO DE EMPLEADOS: UA		VENTAS ANUALES: UA		FECHA CONSTITUCION: UA	
CÓDIGO ACTIVIDAD ECONOMICA: UA		DESCRIPCION ACTIVIDAD: UA		TIPO SOCIEDAD: UA	
6. INFORMACION FINANCIERA					
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES		AHORROS	
HONORARIOS		ARRENDOS		INVERSIONES	
ARRENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS	
3627.000		800.000		154.600.000	
				PASIVOS	
				SALDO HIPOTECA	
				TARJETAS DE CREDITO	
				DEUDA VEHICULOS	
				1600.000	
				14.000.000	

FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE
PERSONA NATURAL (CIRCULAR 009/2016)
 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
 GESTIÓN FINANCIERA

CÓDIGO: AP-GF-F-24-03

VERSIÓN: 3

PÁGINA: 1 DE 3

FECHA: 06/05/2019

COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		TERCEROS	
TOTAL INGRESOS	\$ 3627.000	TOTAL EGRESOS	\$ 800.000	TOTAL ACTIVOS	\$ 194.000.000	OTROS PASIVOS*	
DESCRIPCIÓN OTROS INGRESOS	NA	DESCRIPCIÓN OTROS EGRESOS	NA	DESCRIPCIÓN OTROS ACTIVOS	NA	TOTAL PASIVOS	\$ 15600.000
						DESCRIPCIÓN OTROS PASIVOS	NA

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

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
Urdaneta	Alonso	Jairo	
DIRECCIÓN	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAÍS	TIPO RELACIÓN	TÉLEFONO FIJO Y/O EXTENSIÓN/CELULAR
Cra 30 A #25A-29	Bogotá/Colombia	Tío político	2686684

8. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELÉFONO
Banco Davivienda		Cuenta Ahorro	0570457670036567	San Jorge	3383438
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA:					
SI <input type="checkbox"/>		NO <input checked="" type="checkbox"/>			
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAÍS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO
NA	NA	NA	NA	NA	NA.
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, conforme a lo establecido en la Circular Externa No 009 de 2016, Numeral 5.2.2.2.1, expedida 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 y Financiación del Terrorismo 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 entregará a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

Actividad como Profesional de Nutrición y Dietética

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 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.

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. Pensionador: 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.

Contratistas por GPS:

Registro Único Tributario: RUT.

4.2 Fotocopia Integración en el RIT Distrital.

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

4.4 Fotocopia Declaración de Renta del último período gravable declarado (si esta obligado a declarar)

4.5 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)


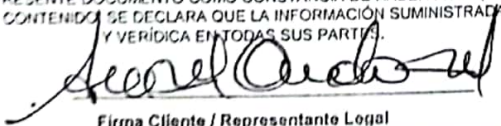
3.
4.1. Fotocopia del

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

- 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.
- Que conforme a lo 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 encuentren 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.
- Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes.
- Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

12.1. AUTORIZACIÓN

FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE		COPIA AP-GF-24-03										
PERSONA NATURAL (CIRCULAR 009/2016)		VERSIÓN 3										
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.		PÁGINA 1 DE 3										
GESTIÓN FINANCIERA		FECHA: 06/05/2019										
<p>Para efectos de la presente autorización, enténdase por LA ESE, a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE, identificada con Nit 900 911 064-4, ubicada en la Calle 66 No 15-41 (sede Administrativa), teléfono 3 49 90 80 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma ESE antes mencionada.</p> <p>Declaro expresamente:</p> <ul style="list-style-type: none">* 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 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: <p>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 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) 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 plantas 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 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.</p> <p>2. TRATAMIENTO: El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.</p> <p>3. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN: 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 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 adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecoidea, 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.</p> <p>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.</p> <p>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 capítulo 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.</p> <p>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 he sido obligado a responderlas.</p> <p>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, revisar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.</p> <p>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, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se comparten, transfiera, 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 Norte ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Calle 66 No 15-41 Bogotá DC, teléfono 349 90 80, e-mail: sariaf@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.</p> <p>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.</p>												
<p align="center">13. FIRMA Y HUELLA</p> <p>SE FIRMA EL PRESENTE DOCUMENTO COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO SU CONTENIDO. SE DECLARA QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES EXACTA Y VERDICA EN TODAS SUS PARTES.</p> <div></div> <p align="center">Firma Cliente / Representante Legal Huella Índice Derecho</p>												
<p align="center">14. VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN</p> <table border="1"><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:												