
 Ministerio de Salud y Protección Social INSTITUTO VENEZOLANO DE SEGUROS SOCIALES INSTITUTO VENEZOLANO DE SEGUROS SOCIALES		FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL (CIRCULARES 008/2018, 005-5/2022) SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD MONTE C.S.C. GESTIÓN FINANCIERA		CÓDIGO: AP-GF-F-24-04 VERSIÓN 4 PAGINAS 1 DE 3 FECHA: 15/06/2022	
CIRCULARES: 008 DE 2018 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 DOCUMENTACIÓN.					
CIUDAD/PAÍS Y FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:		1. CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN (MARCA CON X)			
SERVIDOR PÚBLICO <input type="checkbox"/> CONTRATISTA OPS <input checked="" type="checkbox"/> PARTICULAR <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUAL:					
2. DATOS DE LA PERSONA NATURAL					
PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		PRIMER APELLIDO	
Ximera		Catalina		Quintero	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		IDENTIFICACIÓN		LUGAR Y FECHA EXPEDICIÓN (A/M/D)	
CEDULA DE CIUDADANÍA <input checked="" type="checkbox"/> CEDULA DE EXTRANJERÍA <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUAL:		52785594		2000/10/18	
				LUGAR Y FECHA NACIMIENTO (A/M/D)	
				1982/09/24	
				NACIONALIDAD	
				colombiana	
ESTADO CIVIL		NÚMERO DE HIJOS		PERSONAS A CARGO	
SOLTERO(A) <input checked="" type="checkbox"/> CASADO(A) <input type="checkbox"/> OTRO CUAL:					
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA		TELÉFONO CELULAR		PROFESIÓN/OFICIO	
MAGISTER <input type="checkbox"/> POSGRADO <input type="checkbox"/> UNIVERSITARIO <input checked="" type="checkbox"/> BACHILLER <input type="checkbox"/> TECNÓLOGO <input checked="" type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUAL:				Abogada	
DIRECCIÓN RESIDENCIA:		CIUDAD RESIDENCIA		DEPARTAMENTO RESIDENCIA	
Crr los #161-54		Bogotá		Colombia	
CORREO ELECTRÓNICO:		PAÍS RESIDENCIA		TELÉFONO RESIDENCIA	
Abogada Ximera@gmail.com				305819497	
DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (SI TIENE)		CIUDAD:		DEPARTAMENTO:	
3. DATOS DEL CONYUGE/COMPANERO PERMANENTE					
PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		PRIMER APELLIDO	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		IDENTIFICACIÓN		LUGAR Y FECHA EXPEDICIÓN (A/M/D)	
CEDULA DE CIUDADANÍA <input type="checkbox"/> CEDULA DE EXTRANJERÍA <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUAL:					
				LUGAR Y FECHA NACIMIENTO (A/M/D)	
				NACIONALIDAD	
4. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA (ULTIMO PERIODO DECLARADO)					
EMPLEADO PÚBLICO <input type="checkbox"/>		PENSIONADO <input type="checkbox"/>		CONTRATISTA <input type="checkbox"/>	
				PROFESIONAL INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/>	
				OTRO <input type="checkbox"/> CUAL:	
INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE SEÑALE CON UNA EQUIVALENCIA (X)					
DECLARA RENTA <input type="checkbox"/>		AGENTE RETENEDOR <input type="checkbox"/>		IVA <input type="checkbox"/> ICA <input type="checkbox"/>	
GRAN CONTRIBUYENTE <input type="checkbox"/>		AGENTE AUTORETENEDOR <input type="checkbox"/>		CÓDIGO CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA:	
				PRINCIPAL:	
FUNCIONARIO PÚBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA	
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA					
GOBIERNO <input type="checkbox"/>		FINANCIERA <input type="checkbox"/>		SERVICIOS <input type="checkbox"/>	
				SALUD <input type="checkbox"/>	
				TECNOLOGÍA <input type="checkbox"/>	
				OTRA <input type="checkbox"/> CUAL:	
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA		TELÉFONO		CIUDAD/MUNICIPIO	
				DEPARTAMENTO	
				PAÍS	
CARGO ACTUAL				FECHA VINCULACIÓN	
5. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO (SI APLICA)					
NÚMERO DE EMPLEADOS		VENTAS ANUALES		CÓDIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	
				DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD	
				FECHA CONSTITUCIÓN	
				TIPO SOCIEDAD	
6. INFORMACIÓN FINANCIERA					
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES		ANCRROS	
HONORARIOS		ARRENDOS		INVERSIONES	
ARRENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*	
TOTAL INGRESOS		TOTAL EGRESOS		TOTAL ACTIVOS	
10		10		10	
DESCRIPCIÓN OTROS INGRESOS		DESCRIPCIÓN OTROS EGRESOS		DESCRIPCIÓN OTROS ACTIVOS	
				PASIVOS	
				SALDO HIPOTECA	
				TARJETA DE CREDITO	
				VEHICULOS	
				DEUDAS	
				TERMINOS	
				OTROS PASIVOS*	
				TOTAL PASIVOS	
				10	
				DESCRIPCIÓN OTROS PASIVOS	

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

 <b>Superintendencia Nacional de Salud</b> INSTITUTO VIGILANCIA Y CONTROL DEL RIESGO		<b>FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE</b> PERSONA NATURAL (CIRCULARES 009/2016, 005-5/2022) SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE GESTIÓN FINANCIERA		CÓDIGO: AS-CE-F-24-01 VERSIÓN 4 PAGINAS 2 DE 3 FECHA: 15/07/2022
<b>7. REFERENCIAS PERSONALES</b> (No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en horas de la labor)				
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
Rosas	Serrano	Verónica		
DIRECCIÓN	Ciudad/DEPARTAMENTO/AIS	TIPO RELACIÓN	TELÉFONO/FUO Y T6 EXTENSIÓN/CELULAR	
Cl 66 b sur 82-09	Bogotá	Amiga	3107513720	
<b>8. REFERENCIA FINANCIERA</b>				
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO	BUCRSAL	TELÉFONO
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO	PAÍS/CUADRA	MONEDA
DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS				
PAGO SERVICIOS <input type="checkbox"/> EXPORTACIÓN <input type="checkbox"/> TRANSFERENCIAS <input type="checkbox"/> IMPORTACIÓN <input type="checkbox"/> PRESTAMOS <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/> CUAL:				

**OBSERVACIONES:** Con el diligenciamiento de este formulario se da cumplimiento al Proceso de Conocimiento del Cliente o contraparte, de acuerdo 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 entregará 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 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.
  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 último periodo gravable declarado (si está 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 PAISES.

#### 12. CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente o contraparte- persona natural, están 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 sistema de Corrupción, Opacidad y Fraude SICOF, adoptado por la Subred Norte ESE.
2. 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 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.

#### 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 directamente 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, suministraré mis datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprenda 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 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 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, estadísticos, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. h) Envío de información relativa a encuesta de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. i) Envío de información de Sujetos de tributación a la Dirección Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. j) 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.

[illegible]