

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 DOCUMENTACIÓN.

CIUDAD/ PAÍS Y FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:		Bogotá, D.C/ Colombia/		Noviembre 30 del 2022	
1. CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN (MARCA CON X)					
SERVIDOR PÚBLICO	☐	CONTRATISTA OPS	☒	PARTICULAR	☐
		OTRO		☐	CUAL: _____
2. DATOS DE LA PERSONA NATURAL					
PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
DIEGO				SÁNCHEZ	PERDOMO
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		No IDENTIFICACIÓN	LUGAR Y FECHA EXPEDICIÓN:(A/M/D)	LUGAR Y FECHA NACIMIENTO:(A/M/D)	NACIONALIDAD
CEDULA DE CIUDADANÍA ☒		12.131.100	NEIVA - HUILA 23 DE JULIO DE 1984	NEIVA / HUILA 24 / 4 / 1986	COLOMBIANA
CEDULA DE EXTRANJERÍA ☐					
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: _____					
ESTADO CIVIL			NUMERO DE HIJOS	PERSONAS A CARGO	TELÉFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☒ OTRO CUAL: _____			2	3	3183368813
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA					PROFESIÓN/OFICIO
MAGISTER ☐ POSGRADO ☒ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER ☐ TECNÓLOGO ☐ OTRO ☐ CUAL: _____					ARQUITECTO
DIRECCIÓN RESIDENCIA:		CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO RESIDENCIA	PAÍS RESIDENCIA	TELÉFONO RESIDENCIA
CARRERA 51 A No. 127-52, INTERIOR 8 APTO 102		BOGOTÁ	BOGOTÁ	COLOMBIA	8020978
CORREO ELECTRÓNICO:		PORTAL O PAGINA INTERNET		TIPO DE VIVIENDA	
sanchezperdomo@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
ADRIANA				MORENO	BOHÓRQUEZ
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		No IDENTIFICACIÓN	LUGAR Y FECHA EXPEDICIÓN:(A/M/D)	LUGAR Y FECHA NACIMIENTO:(A/M/D)	NACIONALIDAD
CEDULA DE CIUDADANÍA ☒		81.817.479		23 / 7 / 1984	
CEDULA DE EXTRANJERÍA ☐					
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: _____					
4. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA:(ULTIMO PERIODO DECLARADO)					
EMPLEADO PÚBLICO	☐	PENSIONADO	☐	CONTRATISTA	☒
		PROFESIONAL INDEPENDIENTE		☐	OTRO ☐ CUAL: _____
INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE SEÑALE CON UNA EQUIP (X)					
DECLARA RENTA	☒	AGENTE RETENEDOR	☐	IVA	☐ ICA ☐
GRAN CONTRIBUYENTE	☐	AGENTE AUTORETENEDOR	☐	CÓDIGO CIU ACTIVIDAD ECONÓMICA:	PRINCIPAL: _____
FUNCIONARIO PÚBLICO		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			

Powered by CamScanner

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

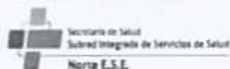
1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente o contraparte- persona natural, están regidos de acuerdo a las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y Control 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 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 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) La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud.
 - h) 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.
 - i) 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.
 - j) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia.
 - k) La prevención y control de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo, proliferación de armas de destrucción masiva y el sistema SICOF.
 - l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia.
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)
 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE
 GESTIÓN FINANCIERA

CÓDIGO: AP-GF-F-24-04
 VERSIÓN: 4
 PÁGINAS: 3 DE 3
 FECHA: 15/06/2022

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 derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia 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 y a cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

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

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 lo requerido en las Circulares 009/2020 y 005-5/2022 de la Superintendencia Nacional de Salud.

6. **DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES:** Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. **DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN:** Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

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 compartan, 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 D.C., Teléfono 4431790, email sariafi@subrednorte.gov.co) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y el Control del Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo, Proliferación de armas de destrucción masiva, y al Sistema de Corrupción, Opacidad y fraude SICOF.

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.

13. FIRMA Y HUELLA

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

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

14. VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN (USO EXCLUSIVO DE LA SUBRED NORTE ESE)

1. Ciudad y fecha	
2. Nombre y Cargo de quien verifica:	
3. Lugar de la verificación:	
4. Observaciones:	
5. Firma:	