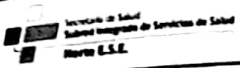
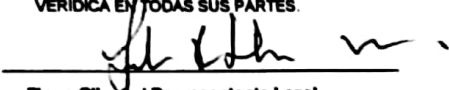

 Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.		FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL (CIRCULARES 008/2018_008-4/2022) SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA		CÓDIGO: AP-GF-F-24-04 VERSIÓN: 4 PÁGINAS: 1 DE 3 FECHA: 15/08/2022																																																																									
CIRCULARES: 008 DE 2018 008-4 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 - 02 de diciembre de 2022																																																																													
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: LINDA SEGUNDO NOMBRE: KATHERINE PRIMER APELLIDO: VALDERRAMA SEGUNDO APELLIDO: MEDINA TIPO DE IDENTIFICACIÓN: No IDENTIFICACIÓN: 52525059 LUGAR Y FECHA EXPEDICIÓN: (A/M/D) BOGOTÁ D.C 13/05/1997 LUGAR Y FECHA NACIMIENTO: (A/M/D) CALI - VALLE. 18/03/1979 NACIONALIDAD: Colombiano CEDULA DE CIUDADANÍA <input checked="" type="checkbox"/> CEDULA DE EXTRANJERÍA <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUAL:																																																																													
ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) <input checked="" type="checkbox"/> CASADO(A) <input type="checkbox"/> OTRO CUAL: NUMERO DE HIJOS: 2 PERSONAS A CARGO: 1 TELÉFONO CELULAR: 3133490953																																																																													
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA: MAGISTER <input type="checkbox"/> POSGRADO <input checked="" type="checkbox"/> UNIVERSITARIO <input type="checkbox"/> BACHILLER <input type="checkbox"/> TECNÓLOGO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUAL: PROFESIÓN/OFICIO: TERAPEUTA OCUPACIONAL																																																																													
DIRECCIÓN RESIDENCIA: KR 71 #54 - 48 CIUDAD RESIDENCIA: Bogotá DEPARTAMENTO RESIDENCIA: Cundinamarca PAÍS RESIDENCIA: Colombia TELÉFONO RESIDENCIA: 3133490953 CORREO ELECTRÓNICO: LINDAMANGEL73@HOTMAIL.COM PORTAL O PAGINA INTERNET: N/A TIPO DE VIVIENDA: PROPIA <input type="checkbox"/> FAMILIAR <input type="checkbox"/> ARRENDADA <input checked="" type="checkbox"/>																																																																													
DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene): N/A CIUDAD: N/A DEPARTAMENTO: N/A PAÍS: N/A TELÉFONO/FAX: N/A 3. DATOS DEL CÓNYUGE/ COMPAÑERO PERMANENTE PRIMER NOMBRE: N/A SEGUNDO NOMBRE: N/A PRIMER APELLIDO: N/A SEGUNDO APELLIDO: N/A TIPO DE IDENTIFICACIÓN: No IDENTIFICACIÓN: N/A LUGAR Y FECHA EXPEDICIÓN: (A/M/D) N/A LUGAR Y FECHA NACIMIENTO: (A/M/D) N/A NACIONALIDAD: N/A CEDULA DE CIUDADANÍA <input type="checkbox"/> CEDULA DE EXTRANJERÍA <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUAL:																																																																													
4. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA: (ÚLTIMO PERIODO DECLARADO) EMPLEADO PÚBLICO <input type="checkbox"/> PENSIONADO <input type="checkbox"/> CONTRATISTA <input checked="" type="checkbox"/> PROFESIONAL INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUAL:																																																																													
INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE SEÑALE CON UNA EQUIS (X) DECLARA RENTA <input checked="" type="checkbox"/> AGENTE RETENEDOR <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> ICA <input type="checkbox"/> GRAN CONTRIBUYENTE <input type="checkbox"/> AGENTE AUTORETENEDOR <input type="checkbox"/> CÓDIGO CIU ACTIVIDAD ECONÓMICA: PRINCIPAL: 8692																																																																													
FUNCIONARIO PÚBLICO <input type="checkbox"/> ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS <input type="checkbox"/> NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONÓMICA: Subred Integrada De Servicios De Salud Norte E.S.E. SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> ACTIVIDAD ECONÓMICA 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: Calle 66 # 15 - 41 TELÉFONO: 6583030 - 3499080 CIUDAD/MUNICIPIO: Bogotá D.C. DEPARTAMENTO: Cundinamarca PAÍS: Colombia CARGO ACTUAL: PROFESIONAL ESPECIALIZADO FECHA VINCULACIÓN: 7/08/2022																																																																													
5. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO (Si aplica) NUMERO DE EMPLEADOS: N/A VENTAS ANUALES: N/A CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA: N/A DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD: N/A FECHA CONSTITUCIÓN: N/A TIPO SOCIEDAD: N/A																																																																													
6. INFORMACIÓN FINANCIERA <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">INGRESOS MENSUALES</th> <th colspan="2">EGRESOS MENSUALES</th> <th colspan="2">ACTIVOS</th> <th colspan="2">PASIVOS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SALARIOS</td> <td>\$ 0</td> <td>GASTOS FAMILIARES</td> <td>\$ 3.200.000</td> <td>AHORROS</td> <td>\$ 0</td> <td>SALDO HIPOTECA</td> <td>\$ 22.000.000</td> </tr> <tr> <td>HONORARIOS</td> <td>\$ 4.948.902</td> <td>ARRIENDOS</td> <td>\$ 1.200.000</td> <td>INVERSIONES</td> <td>\$ 0</td> <td>TARJETAS DE CRÉDITO</td> <td>\$ 200.000</td> </tr> <tr> <td>ARRIENDOS</td> <td>\$ 630.000</td> <td>CUOTA VEHÍCULO</td> <td>\$ 0</td> <td>VEHÍCULOS</td> <td>\$ 0</td> <td>DEUDA VEHÍCULOS</td> <td>\$ 0</td> </tr> <tr> <td>COMISIONES</td> <td>\$ 0</td> <td>CUOTA VIVIENDA</td> <td>\$ 550.000</td> <td>PROPIEDADES</td> <td>\$ 140.000.000</td> <td>DEUDAS TERCEROS</td> <td>\$ 0</td> </tr> <tr> <td>OTROS INGRESOS*</td> <td>\$ 0</td> <td>OTROS EGRESOS*</td> <td>\$ 0</td> <td>OTROS ACTIVOS*</td> <td>\$ 0</td> <td>OTROS PASIVOS*</td> <td>\$ 0</td> </tr> <tr> <td>TOTAL INGRESOS</td> <td>\$ 6.678.902</td> <td>TOTAL EGRESOS</td> <td>\$ 4.960.000</td> <td>TOTAL ACTIVOS</td> <td>\$ 140.000.000</td> <td>TOTAL PASIVOS</td> <td>\$ 22.200.000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">DESCRIPCIÓN OTROS INGRESOS</td> <td colspan="2">DESCRIPCIÓN OTROS EGRESOS</td> <td colspan="2">DESCRIPCIÓN OTROS ACTIVOS</td> <td colspan="2">DESCRIPCIÓN OTROS PASIVOS</td> </tr> <tr> <td colspan="2">N/A</td> <td colspan="2">N/A</td> <td colspan="2">N/A</td> <td colspan="2">N/A</td> </tr> </tbody> </table>						INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS		SALARIOS	\$ 0	GASTOS FAMILIARES	\$ 3.200.000	AHORROS	\$ 0	SALDO HIPOTECA	\$ 22.000.000	HONORARIOS	\$ 4.948.902	ARRIENDOS	\$ 1.200.000	INVERSIONES	\$ 0	TARJETAS DE CRÉDITO	\$ 200.000	ARRIENDOS	\$ 630.000	CUOTA VEHÍCULO	\$ 0	VEHÍCULOS	\$ 0	DEUDA VEHÍCULOS	\$ 0	COMISIONES	\$ 0	CUOTA VIVIENDA	\$ 550.000	PROPIEDADES	\$ 140.000.000	DEUDAS TERCEROS	\$ 0	OTROS INGRESOS*	\$ 0	OTROS EGRESOS*	\$ 0	OTROS ACTIVOS*	\$ 0	OTROS PASIVOS*	\$ 0	TOTAL INGRESOS	\$ 6.678.902	TOTAL EGRESOS	\$ 4.960.000	TOTAL ACTIVOS	\$ 140.000.000	TOTAL PASIVOS	\$ 22.200.000	DESCRIPCIÓN OTROS INGRESOS		DESCRIPCIÓN OTROS EGRESOS		DESCRIPCIÓN OTROS ACTIVOS		DESCRIPCIÓN OTROS PASIVOS		N/A		N/A		N/A		N/A	
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS																																																																							
SALARIOS	\$ 0	GASTOS FAMILIARES	\$ 3.200.000	AHORROS	\$ 0	SALDO HIPOTECA	\$ 22.000.000																																																																						
HONORARIOS	\$ 4.948.902	ARRIENDOS	\$ 1.200.000	INVERSIONES	\$ 0	TARJETAS DE CRÉDITO	\$ 200.000																																																																						
ARRIENDOS	\$ 630.000	CUOTA VEHÍCULO	\$ 0	VEHÍCULOS	\$ 0	DEUDA VEHÍCULOS	\$ 0																																																																						
COMISIONES	\$ 0	CUOTA VIVIENDA	\$ 550.000	PROPIEDADES	\$ 140.000.000	DEUDAS TERCEROS	\$ 0																																																																						
OTROS INGRESOS*	\$ 0	OTROS EGRESOS*	\$ 0	OTROS ACTIVOS*	\$ 0	OTROS PASIVOS*	\$ 0																																																																						
TOTAL INGRESOS	\$ 6.678.902	TOTAL EGRESOS	\$ 4.960.000	TOTAL ACTIVOS	\$ 140.000.000	TOTAL PASIVOS	\$ 22.200.000																																																																						
DESCRIPCIÓN OTROS INGRESOS		DESCRIPCIÓN OTROS EGRESOS		DESCRIPCIÓN OTROS ACTIVOS		DESCRIPCIÓN OTROS PASIVOS																																																																							
N/A		N/A		N/A		N/A																																																																							
NOTA: Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados. (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)																																																																													



		<b>FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE</b> <b>PERSONA NATURAL (CIRCULARES 009/2016, 006-6/2022)</b> <b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.</b> <b>GESTIÓN FINANCIERA</b>		<b>CÓDIGO: AP-GF-F-24-04</b> <b>VERSIÓN: 4</b> <b>PÁGINAS: 2 DE 3</b> <b>FECHA: 15/08/2022</b>	
<b>7. REFERENCIAS PERSONALES</b> (No debe ser familiar al vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Menorio Laboral)					
<b>PRIMER APELLIDO</b>		<b>SEGUNDO APELLIDO:</b>		<b>PRIMER NOMBRE</b>	
LARROTA		VELOZA		OSCAR	
<b>DIRECCIÓN</b>		<b>CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAÍS</b>		<b>TIPO RELACIÓN</b>	
KR 57 A No. 4 D - 59		Bogotá/Cundinamarca/Colombia		Amigo	
<b>SEGUNDO NOMBRE</b>		<b>TELÉFONO Fijo y/o EXTENSIÓN/CELULAR</b>			
JAVIER		3208486263			
<b>8. REFERENCIA FINANCIERA</b>					
<b>NOMBRE ENTIDAD</b>		<b>TIPO DE PRODUCTO</b>		<b>NUMERO</b>	
BANCOLOMBIA		AHORROS		20781613463	
<b>SUCURSAL</b>		<b>TELÉFONO</b>			
BOGA		8913438888			
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>					
<b>NOMBRE ENTIDAD</b>		<b>TIPO DE PRODUCTO</b>		<b>NUMERO</b>	
N/A		N/A		N/A	
<b>PAÍS/CIUDAD</b>		<b>MONEDA</b>		<b>MONTO PROMEDIO</b>	
N/A		N/A		N/A	
<b>DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS</b>					
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:					
<b>OBSERVACIONES:</b> 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 SICOV, de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud.					
<b>9. DECLARACIÓN DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS</b>					
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 2008 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.):					
Prestar servicios como Terapeuta Ocupacional					
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 fueran requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE.					
<b>10. DOCUMENTOS REQUERIDOS</b>					
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.					
Contratistas por OPS:					
A.1. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.					
A.2. Fotocopia Inscripción en el RUT Distrital.					
A.3. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.					
A.4. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado ( si esta obligado a declarar)					
<b>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.</b>					
<b>12. CONSIDERACIONES</b>					
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 SICOV, 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 tratan observando las disposiciones legales vigentes.					
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales.					
<b>12.1. AUTORIZACIÓN</b>					
Ante la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE, identificada con NIT 900.971.008-4 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 SICOV.					
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		CÓDIGO: AP-GF-F-24-04										
PERSONA NATURAL (CIRCULARES 009/2016_006-6/2022)		VERSION: 4										
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.		PÁGINAS: 3 DE 3										
GESTIÓN FINANCIERA		FECHA: 15/08/2022										
<p><b>3. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN:</b> Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidad mencionada: 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.</p> <p><b>4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES:</b> Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.</p> <p><b>5. DATOS SENSIBLES:</b> 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.</p> <p><b>6. DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES:</b> Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.</p> <p><b>7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN:</b> 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.</p> <p><b>8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN:</b> 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 D.C., Teléfono 4431790, email <a href="mailto:sarileft@subrednorte.gov.co">sarileft@subrednorte.gov.co</a>) 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.</p> <p><b>9. AUTORIZACIÓN:</b> 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"><b>13. FIRMA Y HUELLA</b></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> Firma Cliente / Representante Legal</div><div> Huella Índice Derecho</div></div>												
<p align="center"><b>14. VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN (USO EXCLUSIVO DE LA SUBRED NORTE ESE)</b></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:												







DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ  
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT  
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha:01/12/2020

CONTRIBUYENTE

C.C. 52525059

LINDA KATHERINE VALDERRAMA MEDINA

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: AK 80G 6 19 TO 5 AP 1101      Teléfonos: 3205129749  
Dirección electrónica: LINDAANGEL79@GMAIL.COM      Ciudad: BOGOTÁ DC      Municipio: BOGOTÁ, D.C.  
Fecha de Inscripción: 28/02/2018      Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL      Régimen tributario: NO REGISTRA      Fecha desde: NO  
Matrícula Mercantil:NO      Fecha inicio de Actividades: NO      Fecha de cese de Actividades: NO      No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 8299 - Otras actividades de servicio de apoyo a las empresas n.c.p.  
Actividad 2: 86921 - Actividades de apoyo terapéutico (excepto entidades e instituciones promotoras y prestadoras de servicios de salud, de naturaleza pública y privada, que componen el Sistema General de Seguridad Social en Salud.)  
Actividad 3:  
Actividad 4:  
Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y registrada en la  
Secretaría de Hacienda Distrital.

Kr 30 25 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogota D.C. Colombia

Fuente: RIT-SHD



REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

52.525.059

NUMERO

VALDERRAMA MEDINA

APELLIDOS

LINDA KATHERINE

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO  
**CALI**  
(VALLE)

16-MAR-1979

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58

O+

F

ESTATURA

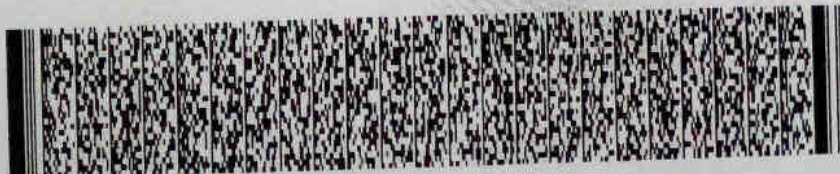
G.S. RH

SEXO

13-MAY-1997 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Almabeatriz Rengifo Lopez*  
REGISTRADORA NACIONAL  
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ



A-1500113-45139232-F-0052525059-20060109

0491206006B 04 201502464

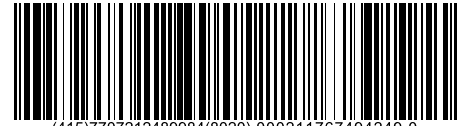
1. Año **2 0 2 1**

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

**2117674942490**



(415)7707212489984(8020) 000211767494249 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) **5 2 5 2 5 0 5 9** 6.DV **7** 7. Primer apellido **VALDERRAMA** 8. Segundo apellido **MEDINA** 9. Primer nombre **LINDA** 10. Otros nombres **KATHERINE** 12.Cod. Dirección seccional **3 2**

24. Actividad económica principal **8 2 9 9** Si es una corrección indique: 25. Cód. 26. No. Formulario anterior 27. Fracción año gravable siguiente 28. Pérdidas fiscales acumuladas, años anteriores, sin compensar **0**

**Patrimonio** Total patrimonio bruto **29** **145,000,000** Deudas **30** **31,827,000** Total patrimonio líquido **31** **113,173,000**

Conceptos/rentas		Rentas de trabajo		Rentas por honorarios y comp. de serv. personales sujetos a costos y gastos y no a las rentas exentas num. 10 art. 206 E.T.		Rentas de capital		Rentas no laborales			
Ingresos brutos		32	21,359,000	43	25,279,000	58	0	74	490,000		
Devoluciones, rebajas y descuentos								75	0		
Ingresos no constitutivos de renta		33	0	44	0	59	0	76	0		
Costos y deducciones procedentes				45	0	60	0	77	0		
Renta líquida		34	21,359,000	46	25,279,000	61	0	78	490,000		
Rentas líquidas pasivas - ECE						62	0	79	0		
Cédula general	Rentas exentas										
	Aportes voluntarios AFC, FVP y/o AVC	35	0	47	0	63	0	80	0		
	Otras rentas exentas	36	5,340,000	48	0	64	0	81	0		
	Total rentas exentas	37	5,340,000	49	0	65	0	82	0		
	Deducciones imputables										
	Intereses de vivienda	38	0	50	0	66	0	83	0		
	Otras deducciones imputables	39	0	51	0	67	0	84	0		
	Total deducciones imputables	40	0	52	0	68	0	85	0		
	Rentas exentas y/o deduc. imputables (Limitadas)	41	5,340,000	53	0	69	0	86	0		
	Renta líquida ordinaria del ejercicio			54	25,279,000	70	0	87	490,000		
Pérdida líquida del ejercicio			55	0	71	0	88	0			
Compensaciones por pérdidas			56	0	72	0	89	0			
Renta líquida ordinaria	42	16,019,000	57	25,279,000	73	0	90	490,000			
Ren. líquida ced. gen.	91	47,128,000	Ren. ex. y ded. imp. li.	92	5,340,000	R. liq. ord. cédula gen.	93	41,788,000	Comp. pérdidas año 2018 y ant.	94	0
Comp. por exc. renta presuntiva	95	0	Rentas gravables	96	0	R. liq. grav. cédula gen.	97	41,788,000	Renta presuntiva	98	0

Conceptos/rentas		Rentas de trabajo		Rentas por honorarios y comp. de serv. personales sujetos a costos y gastos y no a las rentas exentas num. 10 art. 206 E.T.		Rentas de capital		Rentas no laborales	
Ingresos brutos por rentas de pensiones del país y del exterior	99	0						0	
Ingresos no constitutivos de renta	100	0						0	
<b>Renta líquida</b>	<b>101</b>	<b>0</b>						0	
Rentas exentas de pensiones	102	0						0	
<b>Renta líquida gravable cédula de pensiones</b>	<b>103</b>	<b>0</b>						0	
Dividendos y participaciones 2016 y anteriores, y otros	104	0						0	
Ingresos no constitutivos de renta	105	0						0	
<b>Renta líquida ordinaria año 2016 y anteriores</b>	<b>106</b>	<b>0</b>						0	
1a. Subcédula año 2017 y siguientes numeral 3 art. 49 del E.T.	107	0						0	
2a. Subcédula año 2017 y siguientes parágrafo 2 art. 49 del E.T.	108	0						0	
Renta líquida pasiva dividendos - ECE y/o recibidos del exterior	109	0						0	
Rentas exentas de la casilla 109	110	0						0	
Ingresos por ganancias ocasionales en el país y del exterior	111	0						0	
Rentas deudores régimen Ley 1116 de 2006, Decretos 560 y 772 de 2020	112	0						0	
Utilización pérdidas fiscales acumuladas (Inc. 2, art 15 Decreto 772 de 2020)	113	0						0	
Costos por ganancias ocasionales	114	0						0	
Ganancias ocasionales no gravadas y exentas	115	0						0	

**Saldo a pagar por impuesto** **135** **317,000** **Sanciones** **136** **0** **Total saldo a pagar** **137** **317,000** **Total saldo a favor** **138** **0**

981. Cód. Representación ☐ Firma del declarante o de quien lo representa

997. Espacio para el sello de la entidad recaudadora

980. Pago total \$ **0**

982. Cód. Contador ☐ Firma contador 994. Con salvedades ☐

2 0 2 1 Fecha Acuse de Recibo 2 0 2 1 0 8 : 4 2

996. Espacio para el número interno de la DIAN/ Adhesivo

**91000938933010**

2 0 2 2 3 4 8 3 0 8 0 1 2 1