	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL (CIRCULARES 009/2016_005-5/2022) 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 15/06/2022

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

CIUDAD/ PAÍS Y FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:	BOGOTA	COLOMBIA	29/11/2022

1. CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN (MARCA CON X)

SERVIDOR PUBLICO [ ] CONTRATISTA OPS [X] PARTICULAR [ ] OTRO [ ] CUAL _____

2. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:
NI	MILENA	QUIROGA	DIAZ

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	No IDENTIFICACIÓN	LUGAR Y FECHA EXPEDICIÓN:(A/M/D)	LUGAR Y FECHA NACIMIENTO:(A/M/D)	NACIONALIDAD
DULA DE CIUDADANÍA [X] DULA DE EXTRANJERÍA [ ] SAPORTE [ ] OTRO [ ] CUAL: _____	52883878	BOGOTA 03- 11- 1999	BOGOTA 13 6 1981	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL	NUMERO DE HIJOS	PERSONAS A CARGO	TELÉFONO CELULAR
LTERO(A) [ ] CASADO(A) [ ] OTRO CUA SEPARADA	3	2	3508226228

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA	PROFESIÓN/OFICIO
GISTER [ ] POSGRADO [ ] UNIVERSITARIO [ ] BACHILLER [ ] TECNÓLOGO [ ] OTRO [X] CUAL: _ TECNICO	AUXILIAR DE ENFERMERIA

DIRECCIÓN RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO RESIDENCIA	PAÍS RESIDENCIA	TELÉFONO RESIDENCIA
CALLE 79 SUR NRO 10/ 81 ESTE	BOGOTA	BOGOTA	COLOMBIA	NO TENGO

CORREO ELECTRÓNICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA
YENNYMILE0321@HOTMAIL.COM		PROPIA [X] 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
DULA DE CIUDADANÍA [ ] DULA DE EXTRANJERÍA [ ] SAPORTE [ ] OTRO [ ] CUAL: _____				

4. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA:(ULTIMO PERIODO DECLARADO)

EMPLEADO PUBLICO [x] PENSIONADO [ ] CONTRATISTA [x] PROFESIONAL INDEPENDIENTE [ ] OTRO [ ] CUAL

INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE SEÑALE CON UNA EQUIS (X)

ECLARA RENTA [ ] AGENTE RETENEDOR [ ] IVA [ ] ICA [ ]

IAN CONTRIBUYENTE [ ] AGENTE AUTORETENEDOR [ ] CÓDIGO CIIU ACTIVIDAD ECONÓMICA: PRINCIPAL: 861

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONÓMICA
SI [x] NO [ ]	SI [x] NO [ ]	SUBREDINTEGRADA DE SALUD NORTE E.S.E

ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	NUMERO DE NIT	

OBIERNO [ ] [ ] FINANCIERA [ ] SERVICIOS [ ] SALUD [X] TECNOLOGÍA [ ] OTRA [ ] CUAL _____

DIRECCIÓN DE LA EMPRESA	TELÉFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAÍS
CALLE 66 -15 -41	4431790	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA
CARGO ACTUAL	**AUXILIAR DE ENFERMERIA**		**FECHA VINCULACIÓN**	**16/3/2019**

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	
LARIOS	1800294	GASTOS FAMILIARES	$ 900.000.00	AHORROS		SALDO HIPOTECA	$ 36.989.000.00
)NORARIOS		ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CRÉDITO	$ 600.000.00
RIENDOS		CUOTA VEHÍCULO		VEHÍCULOS	MOTO	DEUDA VEHÍCULOS	
)MISIONES		CUOTA VIVIENDA	$ 490.000.00	PROPIEDADES	CASA , MOTO	DEUDAS TERCEROS	
ROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TAL INGRESOS	$ 1.800.294	TOTAL EGRESOS	$ 1.390.000	TOTAL ACTIVOS	$ 0	TOTAL PASIVOS	$ 37.589.000
DESCRIPCIÓN OTROS INGRESOS		DESCRIPCIÓN OTROS EGRESOS		DESCRIPCIÓN OTROS ACTIVOS		DESCRIPCIÓN OTROS PASIVOS	

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

Powered by CamScanner

Norte E.S.E.	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL (CIRCULARES 009/2016_005-5/2022) SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN FINANCIERA	CÓDIGO AP-GF-F-24-04 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
GONZALEZ	HERNANDEZ	OLGA	LUCIA
DIRECCIÓN	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAÍS**	**TIPO RELACIÓN**	**TELÉFONO FIJO Y/O EXTENSIÓN/CELULAR**
restrepo	BOGOTA	AMIGA	3125529273

8. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELÉFONO
BANCOLOMBIA	CUENTA DE AHORROS	17459909923	ALTAVISTA	

NIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☐

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAÍS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDI

DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS

PAGO SERVICIOS ☐ EXPORTACIÓN ☐ TRANSFERENCIAS ☐ IMPORTACIÓN ☐ PRESTAMOS ☐ OTRA ☐ CUAL

3SERVACIONES: Con el diligenciamiento de este formulario se da cumplimiento al Proceso de Conocimiento del Cliente o contraparte- debida diligencia, conforme a lo establecido en la rculares 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, enmarcada ntro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, financiación del Terrorismo, Proliferación de armas de destrucción masiva, Sistema de Corrupción, Opacidad y Fraud COF 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

ien 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 fondo a **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 p Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción";

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, profesio gocio etc) AUXILIAR DE ENFERMERIA

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)
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 adicion mplemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE se destinaran a actividades licitas.
Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
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 so 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 la claraciones 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 xacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
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

Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses y declaración de Renta si es declarante.
Profesional Independiente: Declaración de renta si es declarante.
ntratistas por OPS 3.
1.Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
2.Fotocopia Inscripción en el RIT Distntal
3 Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
4 Fotocopia Declaración de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)

. AUTORIZACIÓN REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO:- AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA REPORTAR, CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EI .S BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICIA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE TROS PAÍSES

12. CONSIDERACIONES

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 impartida r 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 destrucció asiva y de acuerdo al sistemad de Corrupción, Opacidad y Fraude SICOF, adoptado por la Subred Norte ESE.
Que conforme a los dispuesto en el literal b) del articulo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dich sposición 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 l e 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 nesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
Que los datos también serán tratados para fines comerciales.

12.1. AUTORIZACIÓN

ite 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 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 habilitada: ministramos 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
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 siguiente alidades: 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) E oceso 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 nesgos. c) L ecución 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 servicio ntratados. 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 cuestas 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 l irección 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 uerdos 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.
TRATAMIENTO: El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

Powered by CamScanner

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

USUARIOS DE LA INFORMACIÓN. Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas ridicas 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 nivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y temos, 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 rsonas 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 alquier 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 ceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

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

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 nsecuencia, 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, , 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 rculares 009/2020 y 005-5/2022 de la Superintendencia Nacional de Salud.

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 sid ligados a responderlas.

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 nocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

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 SE 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 e se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE) sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Calle 66 No.15-41 Bogotá D.C., Teléfono 4431790, email sarlaft@subrednorte.gov.co) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada ra 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 destruccion masiva, y al Sistema Corrupción, Opacidad y fraude SICOF.

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 smos, 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 SUMINISTRADA ES EXACTA Y VERÍDICA EN TODAS SUS PARTES.

Yeni Milena Quiroga Diaz 52883872

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

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

. Ciudad y fecha	
. Nombre y Cargo de quien verifica:	
Lugar de la verificación:	
. Observaciones:	
. Firma:	

Powered by CamScanner