

	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE			CÓDIGO: AP-GF-001	
	PERSONA NATURAL (CIRCULARES 009/2016_005-5/2022)			VERSIÓN: 4	
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA			PÁGINAS: 1 DE 3 FECHA: 15/06/2022	
CIRCULARES: *009 DE 2016 *005-5 DE 2022: "POLÍTICA DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE". SE DEBE DILIGENCIAR EL FORMATO EN SU TOTALIDAD. NO APLIQUE O NO CORRESPONDA SE DEBE COLOCAR N/A. NO DEBEN QUEDAR CASILLAS EN BLANCO. LEA DETENIDAMENTE EL FORMATO. DE IGUAL FORMA ALLEGAR LA TOTALIDAD DE LA DOCUMENTACION.					
CIUDAD/ PAÍS Y FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:		BOGOTÁ COLOMBIA 29/11/2022			
1. CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN (MARCA CON X)					
SERVIDOR PUBLICO ☐		CONTRATISTA OPS ☒		OTRO ☐ CUAL: _____	
2. DATOS DE LA PERSONA NATURAL					
PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		PRIMER APELLIDO	
David		Alexander		Arango	
				SEGUNDO APELLIDO:	
				Román	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		No IDENTIFICACIÓN		LUGAR Y FECHA EXPEDICIÓN:(A/M/D)	
CEDULA DE CIUDADANÍA ☒		1022360488		Bogota D.c. 08/01/17	
CEDULA DE EXTRANJERÍA ☐				Bogota D.C 89/12/26	
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: _____					
ESTADO CIVIL			NUMERO DE HIJOS		PERSONAS A CARGO
SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ OTRO CUAL: _____			0		0
					TELÉFONO
					311
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA					PROFESIÓN/OFI
MAGISTER ☐ POSGRADO ☒ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER ☐ TECNÓLOGO ☐ OTRO ☐ CUAL: _____					MEDICO /CI GENERAL/MEDIC CUIDADO IN
DIRECCIÓN RESIDENCIA:		CIUDAD RESIDENCIA		DEPARTAMENTO RESIDENCIA	
CRA 31A 25-25 APTO 1103		BOGOTA		CUNDINAMARCA	
CORREO ELECTRÓNICO:		PORTAL O PAGINA INTERNET		PAÍS RESIDENCIA	
davidarango8926@gmail.com		NO APLICA		COLOMBIA	
				TELÉFONO	
DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)		CIUDAD:		DEPARTAMENTO:	
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)	
CEDULA DE CIUDADANÍA ☐				LUGAR Y FECHA NACIMIENTO:(A/M/D)	
CEDULA DE EXTRANJERÍA ☐					
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: _____					
4. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA:(ULTIMO PERIODO DECLARADO)					
EMPLEADO PUBLICO ☐ PENSIONADO ☐ CONTRATISTA ☒ PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐ OTRO ☐ CUAL: _____					
INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE SEÑALE CON UNA EQUIS (X)					
DECLARA RENTA ☒ AGENTE RETENEDOR ☐ IVA ☐ ICA ☐					
GRAN CONTRIBUYENTE ☐ AGENTE AUTORETENEDOR ☐ CÓDIGO CIU ACTIVIDAD ECONÓMICA: _____ PRINCIPAL: _____					
FUNCIONARIO PUBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD	
SI ☐ NO ☒		SI ☐ NO ☒		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE	
ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA				NUMERO DE NIT	
				9005	
GOBIERNO ☐		FINANCIERA ☐		SERVICIOS ☐ SALUD ☒ TECNOLOGÍA ☐ OTRA ☐ CUAL: _____	
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA		TELÉFONO		CIUDAD/MUNICIPIO	
TRANSVERSAL 100 A # 80 A-50		601 - 4431790		BOGOTA	
				DEPARTAMENTO	
				BOGOTA D.C.	
				C	
CARGO ACTUAL		ENFERMERA		FECHA VINCULACIÓN	
				2	
5. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO (Si aplica)					
NUMERO DE EMPLEADOS		VENTAS ANUALES		CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	
				DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD	
				FECHA CONSTITUCIÓN	
6. INFORMACIÓN FINANCIERA					
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS	
				PASIV	
SALARIOS		7.390.000		GASTOS FAMILIARES	
				\$ 5.000.000,00	
HONORARIOS		20.000.000		AHORROS	
				\$ 10.000.000,00	
ARRIENDOS		1.432.000		INVERSIONES	
				\$ 30.000.000,00	
COMISIONES		0		VEHÍCULOS	
				\$ 150.000.000,00	
OTROS INGRESOS*				PROPIEDADES	
				\$ 1.300.000.000,00	
TOTAL INGRESOS		\$ 28.822.000		OTROS ACTIVOS*	
				\$ 0,00	
				OTROS PASIVOS*	
DESCRIPCIÓN OTROS INGRESOS		DESCRIPCIÓN OTROS EGRESOS		DESCRIPCIÓN OTROS ACTIVOS	
				DESCRIPCIÓN OT	

NOTA: Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados. (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)							
		FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE				CÓDIGO: AP-GF-	
		PERSONA NATURAL (CIRCULARES 009/2016_005-5/2022)				VERSIÓN: 4	
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.				PÁGINAS: 2 DE 3	
		GESTIÓN FINANCIERA				FECHA: 15/06/202	
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	
DIRECCIÓN		CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAÍS		TIPO RELACIÓN		TELÉFONO/EXTENSIÓN	
8. REFERENCIA FINANCIERA							
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NUMERO		SUCURSAL	
BANCOLOMBIA		CUENTA DE AHORROS		219-669251-72		BOGOTA D.C	
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒							
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NUMERO		PAÍS/CIUDAD	
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 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 de Control Interno dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, financiación del Terrorismo, Proliferación de armas de destrucción masiva, Sistema de Corrupción, Opac y SICO, 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 origen 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 No 009/2016:005-5/2022 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, ciudad, profesión, negocio, etc.):							
ENFERMERA PROFESIONAL							
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), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.							
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 INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE 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 de la 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. 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.							
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 ultimo periodo gravable declarado (si esta 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 FACILITADA 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 destrucción masiva y de acuerdo al sistema de Corrupción, Opacidad y Fraude SICO, 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 contempladas en la 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 de actividades ilícitas 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, co
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 ha
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 si
finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y se
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 selecció
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 l
servicios contratados. g) La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) El
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. j) Envío d
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. k) Interc
información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. l) La prevención y control de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo, proliferación d
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.

	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE	CÓDIGO: AP-GF-
	PERSONA NATURAL (CIRCULARES 009/2016_005-5/2022)	VERSIÓN: 4
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA	PÁGINAS: 3 DE 3 FECHA: 15/06/202

3. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas
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 cumplimient
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 asist
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 con
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
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,
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 m
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
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
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 conside
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 consecua
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 espec
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 Servi
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 d
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 c
Salud Norte ESE y/o 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 pe
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
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 in
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 SUMINISTRADA ES EXACTA Y VERÍDICA 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:	

F-24-04
22
EDAD, LO QUE DEBE
ALIDAD
NO CELULAR
8389331
CIO
RUJANO
INA CRITICA Y
ITENSIVO
O RESIDENCIA
ONO/FAX
ALIDAD
ECONÓMICA
971006-4
PAÍS
OLOMBIA
2/01/2017
PO SOCIEDAD
OS
\$ 500.000.000,00
\$ 10.000.000,00
\$ 130.000.000,00
\$ 0,00
\$ 0,00
\$ 640.000.000,00
TROS PASIVOS

F-24-04
22
NOMBRE
FIJO Y / O CELULAR

TELÉFONO
CANTO PROMEDIO

ecido en las as, enmarcadas idad y Fraude
de fuentes de a 009 de 2016
ocupación,
modifique) orma que lo
on la SUBRED, mento se rive por
RTE ESE.
ÓN ULTADAS Y
trucciones ación de armas
onidos en dicha l terrorismo,

ontrolada

bilitadas,

siguientes servicios. b) El riesgos. c) La los bienes y rvo de e información cambio de le armas de

F-24-04

22

3 a: a) Las
o de derechos
encia medica,
upra-venta de
seguros y/o
la selección de

is datos para

legal vigente.
sensibles, en
eración lo

encia, no

ial, el derecho

ios de Salud
el Tratamiento
le Servicios de
persona jurídica
armas de

nternacional de
