
		FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL (CIRCULAR 009/2016)				CÓDIGO: AP-GF-F-24-03 VERSIÓN: 3	
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA				PÁGINA: 1 DE 3 FECHA: 06/05/2019	
FECHA: 2022-05-17		CIUDAD: BOGOTÁ		DEPARTAMENTO:		CUNDINAMARCA	
1. CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN (MARCA CON X)							
PROVEEDOR <input type="checkbox"/>		PARTICULAR <input type="checkbox"/>		CONTRATISTA OPS <input checked="" type="checkbox"/>		SERVIDOR PÚBLICO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUAL:	
2. DATOS DE LA PERSONA NATURAL							
PRIMER NOMBRE LEIDY		SEGUNDO NOMBRE MARCELA		PRIMER APELLIDO CARDONA		SEGUNDO APELLIDO MORENO	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		No IDENTIFICACIÓN		LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio)		FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)	
C.C. <input checked="" type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUAL:		1023927453		BOGOTÁ		2011/09/13	
ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							
FECHA NACIMIENTO: 1993-08-10		LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio) BOGOTÁ / CUNDINAMARCA		PAÍS NACIMIENTO COLOMBIA		NACIONALIDAD: COLOMBIANA	
ESTADO CIVIL				PERSONAS A CARGO		NÚMERO DE HIJOS	
SOLTERO(A) <input checked="" type="checkbox"/> CASADO(A) <input type="checkbox"/> DIVORCIADO(A) <input type="checkbox"/> VIUDO(A) <input type="checkbox"/> UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/>				2		1	
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA						PROFESIÓN/ OFICIO	
MAGISTER <input type="checkbox"/> POSGRADO <input type="checkbox"/> UNIVERSITARIO <input type="checkbox"/> BACHILLER <input checked="" type="checkbox"/> PRIMARIA <input type="checkbox"/> TECNÓLOGO <input type="checkbox"/> TÉCNICO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUAL:							
DIRECCIÓN RESIDENCIA: KR 9 C ESTE 29 30 SUR		CIUDAD RESIDENCIA BOGOTÁ		DEPARTAMENTO RESIDENCIA CUNDINAMARCA		PAÍS RESIDENCIA COLOMBIA	
CORREO ELECTRÓNICO: leidycardona93@hotmail.com		PORTAL O PAGINA INTERNET		TIPO DE VIVIENDA PROPIA <input type="checkbox"/> FAMILIAR <input type="checkbox"/> ARRENDADA <input checked="" type="checkbox"/>			
DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)		CIUDAD:		DEPARTAMENTO:		PAÍS:	
						TELÉFONO/FAX	
3. DATOS DEL CÓNYUGE/ COMPAÑERO PERMANENTE							
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN		LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio)		FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)	
C.C. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUAL:							
ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NACIONALIDAD:							
4. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA:(ÚLTIMO PERÍODO DECLARADO)							
SOCIO <input type="checkbox"/> PROFESIONAL INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> HOGAR <input type="checkbox"/> CONTRATISTA <input type="checkbox"/> EMPLEADO SOCIO <input type="checkbox"/> COMERCIANTE <input type="checkbox"/>							
EMPLEADO PÚBLICO <input type="checkbox"/> PENSIONADO <input type="checkbox"/> ASALARIADO <input type="checkbox"/> ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUAL:							
INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE:		DECLARA RENTA		IVA		CÓDIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONÓMICA	
		SI <input type="checkbox"/>		NO <input checked="" type="checkbox"/>		PRINCIPAL: 8899 SECUNDARIA	
		GRAN CONTRIBUYENTE		AGENTE RETENEDOR		AGENTE AUTORETENEDOR	
		SI <input type="checkbox"/>		NO <input checked="" type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	
FUNCIONARIO PÚBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONÓMICA			
SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE			
ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA						NÚMERO DE NIT	
GOBIERNO <input type="checkbox"/> SERVICIOS <input type="checkbox"/> ENERGÉTICA <input type="checkbox"/> COMERCIAL <input type="checkbox"/> EXPORTACIONES <input type="checkbox"/> FINANCIERA <input type="checkbox"/> TRANSPORTE <input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS <input type="checkbox"/> ALIMENTOS <input type="checkbox"/> AGRÍCOLA <input type="checkbox"/> TECNOLOGÍA <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/> CUAL: SALUD							
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA		TELÉFONO		CIUDAD/MUNICIPIO		DEPARTAMENTO	
CARGO ACTUAL						PAÍS	
						FECHA VINCULACIÓN	
5. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO							
NÚMERO DE EMPLEADOS		VENTAS ANUALES		CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA		DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD	
						FECHA CONSTITUCIÓN TIPO SOCIEDAD	
6. INFORMACIÓN FINANCIERA							
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES \$ 300.000		AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS \$ 1.647.761		ARRIENDOS \$ 300.000		INVERSIONES		TARJETAS DE CRÉDITO \$ 500.000	
ARRIENDOS		CUOTA VEHÍCULO		VEHÍCULOS		DEUDA VEHÍCULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS* \$ 200.000		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS \$ 1.647.761		TOTAL EGRESOS \$ 800.000		TOTAL ACTIVOS \$ 0		TOTAL PASIVOS \$ 500.000	
DESCRIPCIÓN OTROS INGRESOS		DESCRIPCIÓN OTROS EGRESOS		DESCRIPCIÓN OTROS ACTIVOS		DESCRIPCIÓN OTROS PASIVOS	

 Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL (CIRCULAR 009/2016) SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA		CÓDIGO: AP-GF-F-24-03 VERSIÓN: 3 PÁGINA: 1 DE 3 FECHA: 06/05/2019
	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
OCAMPO	ORDÓÑEZ	ZULY	MILENA
DIRECCIÓN	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAÍS	TIPO RELACIÓN	TELÉFONO FIJO Y / O EXTENSIÓN/CELULAR
KR 9 ESTE 26 02 SUR	BOGOTÁ	AMIGA	3004738827
8. REFERENCIA FINANCIERA			
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL
DAVIVIENDA	AHORROS	488.418.377.476	BOGOTÁ
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>			
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAÍS/CIUDAD
DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS			
PAGO SERVICIOS	EXPORTACIÓN	TRANSFERENCIAS	IMPORTACIÓN
OBSERVACIONES: Con el diligenciamiento de este formulario se da cumplimiento al Proceso de Conocimiento del Cliente, conforme a lo establecido en la Circular Externa No 009 de 2016, Numeral 5.2.2.2.1, expedida 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 y Financiación del Terrorismo 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			
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.):			
Técnico administrativo i			
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. 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: 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 esta obligado a declarar) 4.5.Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)			
3. 4.1.Fotocopia del			
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 son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo. 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, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:			
12.1. AUTORIZACIÓN Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE, identificada con Nit 900.971.006-4, ubicada en la Calle 66 No 15-41 (sede Administrativa), teléfono 3 49 90 80 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) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) 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 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) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo. 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 (CIRCULAR 009/2016)

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
 GESTIÓN FINANCIERA

CÓDIGO: AP-GF-F-24-03

VERSIÓN: 3

PÁGINA: 1 DE 3

FECHA: 06/05/2019

3. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la 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 derivadas 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, Fasecolida, 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 que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.

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

7. DERECHOS DEL TITULAR

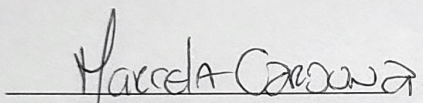
DE LA INFORMACIÓN: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

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 los 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 DC, teléfono 349 90 80, e-mail: sarlaft@subrednorte.gov.co) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.

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 SUMINISTRADA ES EXACTA
 Y VERÍDICA EN TODAS SUS PARTES.



Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

14. VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN

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