Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud 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: 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, 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 DOCUMENTACION.

CIUDAD/ PAÍS Y FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:	Bogotá / Colombia 1-02-2023

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
LEIDY	MARIA	DUARTE	VEJGA

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	No IDENTIFICACIÓN	LUGAR Y FECHA EXPEDICIÓN:(A/M/D)	LUGAR Y FECHA NACIMIENTO:(A/M/D)	NACIONALIDAD
CEDULA DE CIUDADANIA [X] CEDULA DE EXTRANJERIA [ ] PASAPORTE [ ] OTRO [ ] CUAL: _____	53031980	Bogotá	BARRANCABERMEJA / 05-04-80	Colombiana

ESTADO CIVIL	NUMERO DE HIJOS	PERSONAS A CARGO	TELÉFONO CELULAR
SOLTERO(A) [ ] CASADO(A) [X] OTRO CUAL: _____	2	2	3138829473

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA	PROFESIÓN/OFICIO
MAGISTER [ ] POSGRADO [X] UNIVERSITARIO [ ] BACHILLER [ ] TECNÓLOGO [ ] OTRO [ ] CUAL: _____	Dermatologa

DIRECCIÓN RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO RESIDENCIA	PAÍS RESIDENCIA	TELÉFONO RESIDENCIA
Cra 7B #134b-66 T2 A304	Bogotá	Bogotá D.C	Colombia	—

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA
lduarte2906@mail.com		PROPIA [ ] FAMILIAR [ ] ARRENDADA [X]

DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (SI tiene)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAÍS:	TELEFONO/FAX

3. DATOS DEL CÓNYUGE/ COMPAÑERO PERMANENTE

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:
JUAN	CARLOS	CERON	VIVAS

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	No IDENTIFICACIÓN	LUGAR Y FECHA EXPEDICIÓN:(A/M/D)	LUGAR Y FECHA NACIMIENTO:(A/M/D)	NACIONALIDAD
CEDULA DE CIUDADANIA [X] CEDULA DE EXTRANJERIA [ ] PASAPORTE [ ] OTRO [ ] CUAL: _____	80.199.742		Bogotá 24/07/1979	Colombiano

4. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA:(ULTIMO PERIODO DECLARADO)

EMPLEADO PUBLICO [ ] PENSIONADO [ ] CONTRATISTA [ ] PROFESIONAL INDEPENDIENTE [X] OTRO [ ] CUAL: _____

INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE SEÑALE CON UNA EQUIS (X)

DECLARA RENTA [X] AGENTE RETENEDOR [ ] IVA [ ] ICA [ ]

GRAN CONTRIBUYENTE [ ] AGENTE AUTORETENEDOR [ ] CÓDIGO CIIU ACTIVIDAD ECONÓMICA: PRINCIPAL:

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONÓMICA
SI [ ] NO [X]	SI [ ] NO [X]	

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	

5. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO (SI aplica)

NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD

6. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	$ 18.000.000	GASTOS FAMILIARES	$ 15.000.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS	$ 3.000.000	INVERSIONES		TARJETAS DE CRÉDITO	10.000.000
ARRIENDOS	$ 3.000.000	CUOTA VEHÍCULO	$ 1.800.000	VEHICULOS	$ 75.000.000	DEUDA VEHICULOS	30.000.000
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA	$ 1.400.000	PROPIEDADES	$ 180.000.000	DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*	$ 1.200.000	OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	40.000.000
TOTAL INGRESOS	$ 22.000.000	TOTAL EGRESOS	$ 21.200.000	TOTAL ACTIVOS	$ 255.000.000	TOTAL PASIVOS	$ 140.000.000
DESCRIPCIÓN OTROS INGRESOS		DESCRIPCIÓN OTROS EGRESOS		DESCRIPCIÓN OTROS ACTIVOS		DESCRIPCIÓN OTROS PASIVOS	

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

Escaneado con 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: FR-GF-F-26 VERSIÓN: 4 PÁGINAS: 1 DE 2 FECHA: 14/04/2023

3. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la debida ejecución de las actividades relacionadas con: a) el ejercicio de funciones de las autoridades de las contrapartes celebrados con la E.S.E. y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, b) los operadores de nuestra base de datos para el cumplimiento de finalidad y seguridad, tales como call center, investigadores, consultas de antecedentes contra lavado de activos y financiación del terrorismo, 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 E.S.E. y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros de cualquier ramo, e) cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la atención de riesgos y control de siniestros 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 dé, en caso de tratamiento, los datos sensibles, tales como 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 indicado en las Circulares 009/2016 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 mi.

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 E.S.E. 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 E.S.E. 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 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 el Soborno Transnacional (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 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:	

Escaneado con CamScanner