
 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.		<b>FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL (CIRCULAR 009/2016)</b>		CÓDIGO: AP-GF-F-24-01 VERSIÓN: 1	
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA		PÁGINA: 1 DE 4		FECHA: 24/10/2018	
FECHA:	2018/12/05	CIUDAD:	Bogota	DEPARTAMENTO:	Cundinamarca
<b>1. CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN (MARCA CON X)</b>					
PROVEEDOR	<input type="checkbox"/>	3975000	CONTRATISTA OPS	<input checked="" type="checkbox"/>	SERVIDOR PUBLICO
OTRO	<input type="checkbox"/>	CUAL: <input type="text"/>			
<b>2. DATOS DE LA PERSONA NATURAL</b>					
PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		PRIMER APELLIDO	
YENNY		CAROLINA		MALDONADO	
SEGUNDO APELLIDO:		CARDOZO			
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		No IDENTIFICACIÓN		LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio)	
C.C.	<input checked="" type="checkbox"/>	C.E.	<input type="checkbox"/>	R.C.	<input type="checkbox"/>
NUIP	<input type="checkbox"/>	52784887		BOGOTA	
PASAPORTE	<input type="checkbox"/>	OTRO		<input type="text"/>	
FECHA NACIMIENTO:		LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)		PAÍS NACIMIENTO	
1982/07/01		BOGOTA		COLOMBIA	
NACIONALIDAD:		COLOMBIANO			
ESTADO CIVIL			PERSONAS A CARGO		TELÉFONO CELULAR
SOLTERO(A) <input type="checkbox"/> CASADO(A) <input checked="" type="checkbox"/> DIVORCIADO(A) <input type="checkbox"/> UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/> VIUDO(A) <input type="checkbox"/>			UNO (1) <input type="checkbox"/> UNO (1) <input type="checkbox"/>		3132945723
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"/> TÉCNICO <input type="checkbox"/> TECNÓLOGO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUAL: <input type="text"/>					FACTURADOR
DIRECCIÓN RESIDENCIA:		CIUDAD RESIDENCIA		DEPARTAMENTO:	
CLL 154A N 96 40		BOGOTA		CUNDINAMARCA	
PAÍS RESIDENCIA:		COLOMBIA			
TELÉFONO RESIDENCIA:		8127841			
CORREO ELECTRÓNICO:		PORTAL O PAGINA INTERNET		TIPO DE VIVIENDA	
ycarolinamaldonado@hotmail.com				PROPIA <input checked="" type="checkbox"/> FAMILIAR <input type="checkbox"/> ARRENDADA <input type="checkbox"/>	
DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)		CIUDAD:		DEPARTAMENTO:	
PAÍS:		TELÉFONO/FAX			
<b>3. DATOS DEL CÓNYUGE/ COMPAÑERO PERMANENTE</b>					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE	
BENITEZ		PARADA		JORGE	
SEGUNDO NOMBRE		LUIS			
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		NUMERO IDENTIFICACIÓN		LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio)	
C.C.	<input checked="" type="checkbox"/>	C.E.	<input type="checkbox"/>	R.C.	<input type="checkbox"/>
NUIP	<input type="checkbox"/>	79873482		BOGOTA	
PASAPORTE	<input type="checkbox"/>	OTRO		<input type="text"/>	
ES RESIDENTE EN COLOMBIA:		SI		NO	
NACIONALIDAD:		COLOMBIA			
<b>4. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA: (ULTIMO PERIODO DECLARADO)</b>					
ASALARIADO		ESTUDIANTE		HOJAR	
<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
SOCIO		CONTRATISTA		PENSIONADO	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
PROFESIONAL INDEPENDIENTE		EMPLEADO SOCIO		EMPLEADO PUBLICO	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
OTRA		<input type="text"/>		CUAL:	
INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE:		DECLARA RENTA		CÓDIGO DE ACTIVIDAD ECONÓMICA	
SI		<input type="checkbox"/>		IVA	
NO		<input checked="" type="checkbox"/>		ICA	
SI		<input type="checkbox"/>		NO	
NO		<input checked="" type="checkbox"/>		SI	
PRINCIPAL:		CUNDARIA:		CUAL:	
SI		<input type="checkbox"/>		NO	
NO		<input checked="" type="checkbox"/>		SI	
AGENTE AUTORETENEDOR		AGENTE RETENEDOR		NO	
SI		<input type="checkbox"/>		NO	
NO		<input checked="" type="checkbox"/>		SI	
AGENTE AUTORETENEDOR		AGENTE RETENEDOR		NO	
SI		<input type="checkbox"/>		NO	
NO		<input checked="" type="checkbox"/>		SI	
AGENTE AUTORETENEDOR		AGENTE RETENEDOR		NO	
SI		<input type="checkbox"/>		NO	
NO		<input checked="" type="checkbox"/>		SI	
AGENTE AUTORETENEDOR		AGENTE RETENEDOR		NO	
SI		<input type="checkbox"/>		NO	
NO		<input checked="" type="checkbox"/>		SI	
AGENTE AUTORETENEDOR		AGENTE RETENEDOR		NO	
SI		<input type="checkbox"/>		NO	
NO		<input checked="" type="checkbox"/>		SI	
AGENTE AUTORETENEDOR		AGENTE RETENEDOR		NO	
SI		<input type="checkbox"/>		NO	
NO		<input checked="" type="checkbox"/>		SI	
AGENTE AUTORETENEDOR		AGENTE RETENEDOR		NO	
SI		<input type="checkbox"/>		NO	
NO		<input checked="" type="checkbox"/>		SI	
AGENTE AUTORETENEDOR		AGENTE RETENEDOR		NO	
SI		<input type="checkbox"/>		NO	
NO		<input checked="" type="checkbox"/>		SI	
AGENTE AUTORETENEDOR		AGENTE RETENEDOR		NO	
SI		<input type="checkbox"/>		NO	
NO		<input checked="" type="checkbox"/>		SI	
AGENTE AUTORETENEDOR		AGENTE RETENEDOR		NO	
SI		<input type="checkbox"/>		NO	
NO		<input checked="" type="checkbox"/>		SI	
AGENTE AUTORETENEDOR		AGENTE RETENEDOR		NO	
SI		<input type="checkbox"/>		NO	
NO		<input checked="" type="checkbox"/>		SI	
AGENTE AUTORETENEDOR		AGENTE RETENEDOR		NO	
SI		<input type="checkbox"/>		NO	
NO		<input checked="" type="checkbox"/>		SI	
AGENTE AUTORETENEDOR		AGENTE RETENEDOR		NO	
SI		<input type="checkbox"/>		NO	
NO		<input checked="" type="checkbox"/>		SI	
AGENTE AUTORETENEDOR		AGENTE RETENEDOR		NO	
SI		<input type="checkbox"/>		NO	
NO		<input checked="" type="checkbox"/>		SI	
AGENTE AUTORETENEDOR		AGENTE RETENEDOR		NO	
SI		<input type="checkbox"/>		NO	
NO		<input checked="" type="checkbox"/>		SI	
AGENTE AUTORETENEDOR		AGENTE RETENEDOR		NO	
SI		<input type="checkbox"/>		NO	
NO		<input checked="" type="checkbox"/>		SI	
AGENTE AUTORETENEDOR		AGENTE RETENEDOR		NO	
SI		<input type="checkbox"/>		NO	
NO		<input checked="" type="checkbox"/>		SI	
AGENTE AUTORETENEDOR		AGENTE RETENEDOR		NO	
SI		<input type="checkbox"/>		NO	
NO		<input checked="" type="checkbox"/>		SI	
AGENTE AUTORETENEDOR		AGENTE RETENEDOR		NO	
SI		<input type="checkbox"/>		NO	
NO		<input checked="" type="checkbox"/>		SI	
AGENTE AUTORETENEDOR		AGENTE RETENEDOR		NO	
SI		<input type="checkbox"/>		NO	
NO		<input checked="" type="checkbox"/>		SI	
AGENTE AUTORETENEDOR		AGENTE RETENEDOR		NO	
SI		<input type="checkbox"/>		NO	
NO		<input checked="" type="checkbox"/>		SI	
AGENTE AUTORETENEDOR		AGENTE RETENEDOR		NO	
SI		<input type="checkbox"/>		NO	
NO		<input checked="" type="checkbox"/>		SI	
AGENTE AUTORETENEDOR		AGENTE RETENEDOR		NO	
SI		<input type="checkbox"/>		NO	
NO		<input checked="" type="checkbox"/>		SI	
AGENTE AUTORETENEDOR		AGENTE RETENEDOR		NO	
SI		<input type="checkbox"/>		NO	
NO		<input checked="" type="checkbox"/>		SI	
AGENTE AUTORETENEDOR		AGENTE RETENEDOR		NO	
SI		<input type="checkbox"/>		NO	
NO		<input checked="" type="checkbox"/>		SI	
AGENTE AUTORETENEDOR		AGENTE RETENEDOR		NO	
SI		<input type="checkbox"/>		NO	
NO		<input checked="" type="checkbox"/>		SI	
AGENTE AUTORETENEDOR		AGENTE RETENEDOR		NO	
SI		<input type="checkbox"/>		NO	
NO		<input checked="" type="checkbox"/>		SI	
AGENTE AUTORETENEDOR		AGENTE RETENEDOR		NO	
SI		<input type="checkbox"/>		NO	
NO		<input checked="" type="checkbox"/>		SI	
AGENTE AUTORETENEDOR		AGENTE RETENEDOR		NO	
SI		<input type="checkbox"/>		NO	
NO		<input checked="" type="checkbox"/>		SI	
AGENTE AUTORETENEDOR		AGENTE RETENEDOR		NO	
SI		<input type="checkbox"/>		NO	
NO		<input checked="" type="checkbox"/>		SI	
AGENTE AUTORETENEDOR		AGENTE RETENEDOR		NO	
SI		<input type="checkbox"/>		NO	
NO		<input checked="" type="checkbox"/>		SI	
AGENTE AUTORETENEDOR		AGENTE RETENEDOR		NO	
SI		<input type="checkbox"/>		NO	
NO		<input checked="" type="checkbox"/>		SI	
AGENTE AUTORETENEDOR		AGENTE RETENEDOR		NO	
SI		<input type="checkbox"/>		NO	
NO		<input checked="" type="checkbox"/>		SI	
AGENTE AUTORETENEDOR		AGENTE RETENEDOR		NO	
SI		<input type="checkbox"/>		NO	
NO		<input checked="" type="checkbox"/>		SI	
AGENTE AUTORETENEDOR		AGENTE RETENEDOR		NO	
SI		<input type="checkbox"/>		NO	
NO		<input checked="" type="checkbox"/>		SI	
AGENTE AUTORETENEDOR		AGENTE RETENEDOR		NO	
SI		<input type="checkbox"/>		NO	
NO		<input checked="" type="checkbox"/>		SI	
AGENTE AUTORETENEDOR		AGENTE RETENEDOR		NO	
SI		<input type="checkbox"/>		NO	
NO		<input checked="" type="checkbox"/>		SI	
AGENTE AUTORETENEDOR		AGENTE RETENEDOR		NO	
SI		<input type="checkbox"/>		NO	
NO		<input checked="" type="checkbox"/>		SI	
AGENTE AUTORETENEDOR		AGENTE RETENEDOR		NO	
SI		<input type="checkbox"/>		NO	
NO		<input checked="" type="checkbox"/>		SI	
AGENTE AUTORETENEDOR		AGENTE RETENEDOR		NO	
SI		<input type="checkbox"/>		NO	
NO		<input checked="" type="checkbox"/>		SI	
AGENTE AUTORETENEDOR		AGENTE RETENEDOR		NO	
SI		<input type="checkbox"/>		NO	
NO		<input checked="" type="checkbox"/>		SI	
AGENTE AUTORETENEDOR		AGENTE RETENEDOR		NO	
SI		<input type="checkbox"/>		NO	
NO		<input checked="" type="checkbox"/>		SI	
AGENTE AUTORETENEDOR		AGENTE RETENEDOR		NO	
SI		<input type="checkbox"/>		NO	
NO		<input checked="" type="checkbox"/>		SI	
AGENTE AUTORETENEDOR		AGENTE RETENEDOR		NO	
SI		<input type="checkbox"/>		NO	
NO		<input checked="" type="checkbox"/>		SI	
AGENTE AUTORETENEDOR		AGENTE RETENEDOR		NO	
SI		<input type="checkbox"/>		NO	
NO		<input checked="" type="checkbox"/>		SI	
AGENTE AUTORETENEDOR		AGENTE RETENEDOR		NO	
SI		<input type="checkbox"/>		NO	
NO		<input checked="" type="checkbox"/>		SI	
AGENTE AUTORETENEDOR		AGENTE RETENEDOR		NO	
SI		<input type="checkbox"/>		NO	
NO		<input checked="" type="checkbox"/>		SI	
AGENTE AUTORETENEDOR		AGENTE RETENEDOR		NO	
SI		<input type="checkbox"/>		NO	
NO		<input checked="" type="checkbox"/>		SI	
AGENTE AUTORETENEDOR		AGENTE RETENEDOR		NO	
SI		<input type="checkbox"/>		NO	
NO		<input checked="" type="checkbox"/>		SI	
AGENTE AUTORETENEDOR		AGENTE RETENEDOR		NO	
SI		<input type="checkbox"/>		NO	
NO		<input checked="" type="checkbox"/>		SI	
AGENTE AUTORETENEDOR		AGENTE RETENEDOR		NO	
SI		<input type="checkbox"/>		NO	
NO		<input checked="" type="checkbox"/>		SI	
AGENTE AUTORETENEDOR		AGENTE RETENEDOR		NO	
SI		<input type="checkbox"/>		NO	
NO		<input checked="" type="checkbox"/>		SI	
AGENTE AUTORETENEDOR		AGENTE RETENEDOR		NO	
SI		<input type="checkbox"/>		NO	
NO		<input checked="" type="checkbox"/>		SI	
AGENTE AUTORETENEDOR		AGENTE RETENEDOR		NO	
SI		<input type="checkbox"/>		NO	
NO		<input checked="" type="checkbox"/>		SI	
AGENTE AUTORETENEDOR		AGENTE RETENEDOR		NO	
SI		<input type="checkbox"/>		NO	
NO		<input checked="" type="checkbox"/>		SI	
AGENTE AUTORETENEDOR		AGENTE RETENEDOR		NO	
SI		<input type="checkbox"/>		NO	
NO		<input checked="" type="checkbox"/>		SI	
AGENTE AUTORETENEDOR		AGENTE RETENEDOR		NO	
SI		<input type="checkbox"/>		NO	
NO		<input checked="" type="checkbox"/>		SI	
AGENTE AUTORETENEDOR		AGENTE RETENEDOR		NO	
SI		<input type="checkbox"/>		NO	
NO		<input checked="" type="checkbox"/>		SI	
AGENTE AUTORETENEDOR		AGENTE RETENEDOR		NO	
SI		<input type="checkbox"/>		NO	
NO		<input checked="" type="checkbox"/>		SI	
AGENTE AUTORETENEDOR		AGENTE RETENEDOR		NO	
SI		<input type="checkbox"/>		NO	
NO		<input checked="" type="checkbox"/>		SI	
AGENTE AUTORETENEDOR		AGENTE RETENEDOR		NO	
SI		<input type="checkbox"/>		NO	
NO		<input checked="" type="checkbox"/>		SI	
AGENTE AUTORETENEDOR		AGENTE RETENEDOR		NO	
SI		<input type="checkbox"/>		NO	
NO		<input checked="" type="checkbox"/>		SI	
AGENTE AUTORETENEDOR		AGENTE RETENEDOR		NO	
SI		<input type="checkbox"/>		NO	
NO		<input checked="" type="checkbox"/>		SI	
AGENTE AUTORETENEDOR		AGENTE RETENEDOR		NO	
SI		<input type="checkbox"/>		NO	
NO		<input checked="" type="checkbox"/>		SI	
AGENTE AUTORETENEDOR		AGENTE RETENEDOR		NO	
SI		<input type="checkbox"/>		NO	
NO		<input checked="" type="checkbox"/>		SI	
AGENTE AUTORETENEDOR		AGENTE RETENEDOR		NO	
SI		<input type="checkbox"/>		NO	
NO		<input checked="" type="checkbox"/>		SI	
AGENTE AUTORETENEDOR		AGENTE RETENEDOR		NO	
SI		<input type="checkbox"/>		NO	
NO		<input checked="" type="checkbox"/>		SI	
AGENTE AUTORETENEDOR		AGENTE RETENEDOR		NO	
SI		<input type="checkbox"/>		NO	
NO		<input checked="" type="checkbox"/>		SI	
AGENTE AUTORETENEDOR		AGENTE RETENEDOR		NO	
SI		<input type="checkbox"/>		NO	
NO		<input checked="" type="checkbox"/>		SI	
AGENTE AUTORETENEDOR		AGENTE RETENEDOR		NO	
SI		<input type="checkbox"/>		NO	
NO		<input checked="" type="checkbox"/>		SI	
AGENTE AUTORETENEDOR		AGENTE RETENEDOR		NO	
SI		<input type="checkbox"/>		NO	
NO		<input checked="" type="checkbox"/>		SI	
AGENTE AUTORETENEDOR		AGENTE RETENEDOR		NO	
SI		<input type="checkbox"/>		NO	
NO		<input checked="" type="checkbox"/>		SI	
AGENTE AUTORETENEDOR		AGENTE RETENEDOR		NO	

 Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE	<b>FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE</b> <b>PERSONA NATURAL (CIRCULAR 009/2016)</b>		CÓDIGO: AP-GF-F-24-01 VERSIÓN: 1	
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN FINANCIERA		PÁGINA: 2 DE 4 FECHA: 24/10/2018	

5. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO					
NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCIÓN	TIPO SOCIEDAD

6. INFORMACIÓN FINANCIERA					
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS	
SALARIOS	\$ 0	GASTOS FAMILIARES	\$ 700.000	AHORROS	\$ 0
HONORARIOS	\$ 1.350.000	ARRIENDOS		INVERSIONES	\$ 0
ARRIENDOS	\$ 0	CUOTA VEHÍCULO	\$ 200.000	VEHÍCULOS	\$ 0
COMISIONES	\$ 0	CUOTA VIVIENDA	\$ 0	PROPIEDADES	\$ 0
OTROS INGRESOS*	\$ 0	OTROS EGRESOS*	\$ 400.000	OTROS ACTIVOS*	\$ 0
<b>TOTAL INGRESOS</b>	<b>\$ 1.350.000</b>	<b>TOTAL EGRESOS</b>	<b>\$ 1.300.000</b>	<b>TOTAL ACTIVOS</b>	<b>\$ 0</b>
DESCRIPCIÓN OTROS INGRESOS		DESCRIPCIÓN OTROS EGRESOS		DESCRIPCIÓN OTROS PASIVOS	

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
REYES	CARDOZO	NYDIA	MILENA
DIRECCIÓN	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAÍS	TIPO RELACIÓN	TELÉFONO FIJO Y / O EXTENSIÓN/CELULAR
CRA 113C N 143A 20	BOGOTÁ	AMIGA	3017709278

8. REFERENCIA FINANCIERA				
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELÉFONO
DAVIVIENDA	CUENTA DE AHORRO	451870097271	PLAZA IMPERIAL	3383838

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

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

DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS:


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

**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 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 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, ocupación, profesión, negocio, etc.):	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">           1. Verificación de estado de afiliación de los usuarios en los diferentes aplicativos (Fosya, comprobador de derechos de la SDS de Bogotá, bases de datos de capitación, DNP, escolares, entre otros).            2. Realizar la admisión de los pacientes en el sistema de información de la Subred Norte, con los datos obligatorios requeridos y verificar y registrar la Autorización emitida por las diferentes Entidades Responsables de Pago y registrarla en la factura correspondiente.            3. Asignar citas y facturar las actividades por prestación de servicios de salud a los usuarios en los distintos servicios y/o puntos de atención de la Subred.            4. Notificar los casos de pacientes particulares, suspendido o con alguna inconsistencia en la afiliación, autorización, identificación o documentación de los pacientes según sea el caso al área de trabajo social, según formato.            5. Verificar la correcta admisión del paciente solicitando los ajustes cuando así se requiera, registrando y/o actualizando la información respectiva del usuario.            6. Hacer firmar factura de venta al usuario y definir línea de pago.            7. Recaudar valor de los copagos y/o cuotas de recuperación conforme a lo establecido en el acuerdo 260/2004 y decreto 2357/1995 y resolución 5592 de 2015.            8. Soportar la factura de venta con el registro de atención correspondiente y los soportes ajustados a resolución 3374 de 2000.         </div>	
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.	

 Superintendencia Nacional de Salud Norte E.S.E.	<b>FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE</b> <b>PERSONA NATURAL (CIRCULAR 009/2016)</b>	CÓDIGO: AP-GF-F-24-01 VERSIÓN: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN FINANCIERA	PÁGINA: 3 DE 4 FECHA: 24/10/2018

**10. DOCUMENTOS REQUERIDOS**

**Asalariado:** Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones y declaración de renta si es declarante.

**Pensionado:** Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses y declaración de Renta si es declarante.

**Profesional Independiente/Contratistas por OPS:** Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados financieros certificados y declaración de renta si es declarante. **Nota:** Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.

**Socios Empresas:** Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio y extractos bancarios de los últimos tres meses y declaración de renta si es declarante.

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa ( 90 ) días, expedido por la Cámara de Comercio. (Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripción en el RIT Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaración de Renta del ultimo periodo gravable declarado ( si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso. (Obligados a llevar contabilidad)

**APODERADO:** Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.

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

**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 tratarán 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 Publico, 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.

**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 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 medica, 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, Fasecolda, 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 hemos sido obligados a responderlas.

	<b>FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE</b> <b>PERSONA NATURAL (CIRCULAR 009/2016)</b>		CÓDIGO: AP-GF-F-24-01
			VERSIÓN: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN FINANCIERA		PÁGINA: 4 DE 4
			FECHA: 24/10/2018

**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: [sarleft@subrednorte.gov.co](mailto:sarleft@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 VERDICA EN TODAS SUS PARTES.



Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

---

**14. INFORMACIÓN DE ENTREVISTA**

1. Ciudad y fecha		
2. Nombre del funcionario o Asesor:		
3. Lugar de la Entrevista:		
4. Observaciones:		
5. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO <input type="checkbox"/>	RECHAZADO <input type="checkbox"/>
6. Firma y Cédula		

**15. INFORMACIÓN DE VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN**

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