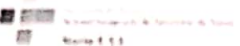
 <p>Ministerio de Salud y Seguridad Social Norte de Santander</p>	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL (CIRCULARES 009/2016_005-5/2022) SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE DE SANTANDER GESTIÓN FINANCIERA		CÓDIGO AP-GF-F-24-04 VERSIÓN 4 PÁGINAS 1 DE 3 FECHA 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 DOCUMENTACIÓN.			
	CIUDAD/ PAÍS Y FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: _____			
	1. CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN (MARCA CON X) SERVIDOR PÚBLICO <input type="checkbox"/> CONTRATISTA OPS <input checked="" type="checkbox"/> PARTICULAR <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUAL: _____			
2. DATOS DE LA PERSONA NATURAL				
PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		PRIMER APELLIDO
				SEGUNDO APELLIDO:
TIPO DE IDENTIFICACIÓN CEDULA DE CIUDADANÍA <input type="checkbox"/> CEDULA DE EXTRANJERÍA <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUAL: _____		No IDENTIFICACIÓN <input type="checkbox"/>	LUGAR Y FECHA EXPEDICIÓN (A/M/D)	LUGAR Y FECHA NACIMIENTO (A/M/D)
				NACIONALIDAD
ESTADO CIVIL SOLTERO(A) <input type="checkbox"/> CASADO(A) <input type="checkbox"/> OTRO CUAL: _____		NUMERO DE HIJOS	PERSONAS A CARGO	TELÉFONO CELULAR
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA MAGISTER <input type="checkbox"/> POSGRADO <input type="checkbox"/> UNIVERSITARIO <input type="checkbox"/> BACHILLER <input type="checkbox"/> TECNÓLOGO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUAL: _____				PROFESIÓN/OFICIO
DIRECCIÓN RESIDENCIA:		CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO RESIDENCIA	PAÍS RESIDENCIA
				TELÉFONO RESIDENCIA
CORREO ELECTRÓNICO:		PORTAL O PAGINA INTERNET		TIPO DE VIVIENDA PROPIA <input type="checkbox"/> FAMILIAR <input type="checkbox"/> ARRENDADA <input type="checkbox"/>
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 CEDULA DE CIUDADANÍA <input type="checkbox"/> CEDULA DE EXTRANJERÍA <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUAL: _____		No IDENTIFICACIÓN <input type="checkbox"/>	LUGAR Y FECHA EXPEDICIÓN (A/M/D)	LUGAR Y FECHA NACIMIENTO (A/M/D)
				NACIONALIDAD
4. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA (ULTIMO PERIODO DECLARADO)				
EMPLEADO PÚBLICO <input type="checkbox"/> PENSIONADO <input type="checkbox"/> CONTRATISTA <input type="checkbox"/> PROFESIONAL INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUAL: _____				
INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE SEÑALE CON UNA EQUIS (X)				
DECLARA RENTA <input type="checkbox"/>		AGENTE RETENEDOR <input type="checkbox"/> IVA <input type="checkbox"/> ICA <input type="checkbox"/>		
GRAN CONTRIBUYENTE <input type="checkbox"/>		AGENTE AUTORETENEDOR <input type="checkbox"/>		CÓDIGO CIU ACTIVIDAD ECONÓMICA: PRINCIPAL: _____
FUNCIONARIO PÚBLICO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONÓMICA
ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA				
GOBIERNO <input type="checkbox"/> FINANCIERA <input type="checkbox"/> SERVICIOS <input type="checkbox"/> SALUD <input type="checkbox"/> TECNOLOGÍA <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/> CUAL: _____				NUMERO DE NIT
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 CONSTITUCIÓN
				TIPO SOCIEDAD
6. INFORMACIÓN FINANCIERA				
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS
				PASIVOS
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES		AHORROS
HONORARIOS		ARRIENDOS		INVERSIONES
ARRIENDOS		CUOTA VEHÍCULO		VEHÍCULOS
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*
TOTAL INGRESOS \$ 0		TOTAL EGRESOS \$ 0		TOTAL ACTIVOS \$ 0
DESCRIPCIÓN OTROS INGRESOS		DESCRIPCIÓN OTROS EGRESOS		DESCRIPCIÓN OTROS PASIVOS

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

		FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRIPARTE PERSONA NATURAL (CIRCULARES 009-2016-005-5/2022) SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE GESTIÓN FINANCIERA		CÓDIGO ARCE 2474 VERSIÓN 1 PÁGINA 2 DE 3 FECHA: 15/04/2022
7. REFERENCIAS PERSONALES				
(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contriparte y debe ser localizable en horario (Laboral))				
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
DIRECCIÓN	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAÍS	TIPO RELACIÓN	TELÉFONO Fijo Y/o EXTENSIÓN/CELULAR	
8. REFERENCIA FINANCIERA				
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO	SUCURSAL	TELÉFONO
DAVIVIENDA	AHORROS	0550488411951735	BOGOTÁ	
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>				
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO	PAÍS/CIUDAD	MONEDA
				MONTO PROMEDIO
DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS				
PAGO SERVICIOS	EXPORTACIÓN	TRANSFERENCIAS	IMPORTACIÓN	PRESTAMOS
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OTRA	<input type="checkbox"/> CUAL			

OBSERVACIONES: Con el diligenciamiento de este formulario se da cumplimiento al Proceso de Conocimiento del Cliente o contriparte, de acuerdo 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, enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo, Proliferación de armas de destrucción masiva, Sistema de Corrupción, Opacidad y Fraude SICOE, 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 1712 de 2014, 1712 de 2016 y 1714 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="text-align: center; font-size: 1.2em; font-weight: bold;">AUXILIAR DE ENFERMERIA</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.	

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 último periodo gravable declarado (si está 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 FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAÍSES	
--	--


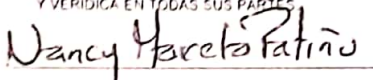

12. CONSIDERACIONES	
1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente o contriparte, persona natural, están regidos de acuerdo a las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud, y los estándares internacionales para la Prevención y Control del Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo, Proliferación de armas de destrucción masiva y de acuerdo al sistema de Corrupción, Opacidad y Fraude SICOE, 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 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.	

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, 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) La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general, estudios técnicos del sector salud. h) Envío de información 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. i) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. j) La prevención y control de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo, proliferación de armas de destrucción masiva y el sistema SICOE.

2. TRATAMIENTO: El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

 <p>Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE</p>	<p align="center">FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL (CIRCULARES 009/2020_005-5/2022) SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE GESTIÓN FINANCIERA</p>	<p>CÓDIGO AP-GF-F-24-04 VERSIÓN 4 PÁGINAS 3 DE 3 FECHA: 15/06/2022</p>										
<p>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 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 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.</p> <p>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.</p> <p>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 lo requerido en las Circulares 009/2020 y 005-5/2022 de la Superintendencia Nacional de Salud.</p> <p>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.</p> <p>7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1256 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, reovar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.</p> <p>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 comparten, 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 ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Calle 66 No. 15-41 Bogotá D.C., Teléfono 4431790, email: sariaf@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 al Sistema de Corrupción, Opacidad y fraude SICOF.</p> <p>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.</p>												
<p align="center">13. FIRMA Y HUELLA</p> <p>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.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div data-bbox="335 884 710 985">  <p align="center">Firma Cliente / Representante Legal</p> </div> <div data-bbox="1165 817 1348 985">  <p align="center">Huella Índice Derecho</p> </div> </div>												
<p align="center">14. VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN (USO EXCLUSIVO DE LA SUBRED NORTE ESE)</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%;">1. Ciudad y fecha:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. Nombre y Cargo de quien verifica:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. Lugar de la verificación:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. Observaciones:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5. Firma:</td> <td></td> </tr> </table>			1. Ciudad y fecha:		2. Nombre y Cargo de quien verifica:		3. Lugar de la verificación:		4. Observaciones:		5. Firma:	
1. Ciudad y fecha:												
2. Nombre y Cargo de quien verifica:												
3. Lugar de la verificación:												
4. Observaciones:												
5. Firma:												