

 Ministerio de Salud y Protección Social Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.		FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL (CIRCULARES 009/2016, 006-8/2022) 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 2016-006-8 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:		2/01/2023			
1. CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN (MARCA CON X)					
SERVIDOR PÚBLICO ☐		CONTRATISTA OPS ☒		PARTICULAR ☐ OTRO ☐ CUAL: _____	
2. DATOS DE LA PERSONA NATURAL					
PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		PRIMER APELLIDO	
LEONOR		YANETH		PINEDA	
SEGUNDO APELLIDO:		VILLALOBOS			
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		No IDENTIFICACIÓN		LUGAR Y FECHA EXPEDICIÓN (A/M/D)	
CEDULA DE CIUDADANÍA ☒		52159921		BOGOTÁ 1994/02/07	
CEDULA DE EXTRANJERÍA ☐				SANTA MARTA 1973/11/22	
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: _____		COLOMBIA			
ESTADO CIVIL		NUMERO DE HIJOS		PERSONAS A CARGO	
SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ OTRO CUAL: _____		0		2	
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA		PROFESIÓN/OFICIO			
MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☒ BACHILLER ☐ TECNÓLOGO ☐ OTRO ☐ CUAL: ENFERMERA		ENFERMERA JEFE			
DIRECCIÓN RESIDENCIA:		CIUDAD RESIDENCIA		PAÍS RESIDENCIA	
CRR 28813-20		FUNZA		COLOMBIA	
CORREO ELECTRÓNICO:		PORTAL O PÁGINA INTERNET		TIPO DE VIVIENDA	
LEONOR@GMAIL.COM		NO APLICA		PROPIA ☐ FAMILIAR ☒ ARRENDADA ☐	
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		No IDENTIFICACIÓN		LUGAR Y FECHA EXPEDICIÓN (A/M/D)	
CEDULA DE CIUDADANÍA ☒					
CEDULA DE EXTRANJERÍA ☐					
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: _____					
4. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA: (ÚLTIMO PERIODO DECLARADO)					
EMPLEADO PÚBLICO ☐		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 PÚBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONÓMICA	
SI ☒ NO ☐		SI ☐ NO ☐		HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR ESE	
ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA				NÚMERO DE NIT	
				900971006-04	
GOBIERNO ☐		FINANCIERA ☐		SERVICIOS ☐ SALUD ☒ TECNOLOGÍA ☐ OTRA ☐ CUAL: _____	
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA		TELÉFONO		CIUDAD/MUNICIPIO	
CLL 16547-08		8767940		BOGOTÁ	
CARGO ACTUAL		DEPARTAMENTO		PAÍS	
		CUNDINAMARCA		COLOMBIA	
		FECHA VINCULACIÓN			
5. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO (Si aplica)					
NÚMERO DE EMPLEADOS		VENTAS ANUALES		CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	
DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD		FECHA CONSTITUCIÓN		TIPO SOCIEDAD	
6. INFORMACIÓN FINANCIERA					
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS	
PASIVOS					
SALARIOS \$3.297.036		GASTOS FAMILIARES \$ 800.000.00		AHORROS	
HONORARIOS		ARRIENDOS		INVERSIONES	
ARRIENDOS		CUOTA VEHÍCULO		VEHÍCULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA \$ 1.110.000.00		PROPIEDADES	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*	
TOTAL INGRESOS \$ 3.297.036		TOTAL EGRESOS \$ 1.910.000		TOTAL ACTIVOS \$ 0	
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.)

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 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 lo 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 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 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 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: sarlah@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.

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

Leonor Yaneth Pineda Villalobos

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:	