

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.		FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL (CIRCULAR 009/2016)				CÓDIGO: AP-GF-F-																	
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA				VERSIÓN: 3																	
						PÁGINA: 1 DE 3																	
FECHA:		14/11/2021		CIUDAD:		BOGOTA		DEPARTAMENTO:		CUNDINAMARCA													
1. CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN (MARCA CON X)																							
PROVEEDOR		☐		PARTICULAR		☐		CONTRATISTA OPS		☒		SERVIDOR PUBLICO		☐		OTRO		☐		CUAL:			
2. DATOS DE LA PERSONA NATURAL																							
PRIMER NOMBRE				SEGUNDO NOMBRE				PRIMER APELLIDO				SEGUNDO APELLIDO:											
NELSON				JOSE				TAIBELL				ZUÑIGA											
TIPO DE IDENTIFICACIÓN						No IDENTIFICACIÓN		LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio)				FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)											
C.C. ☒ R.C. ☐ C.E. ☐ PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: _____						1030595185		BOGOTA				10/9/71											
ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ NO ☐																							
FECHA NACIMIENTO:		LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)				PAÍS NACIMIENTO				NACIONALIDAD:													
1991-07-18		BARRANQUILLA				COLOMBIA				COLOMBIANA													
ESTADO CIVIL						PERSONAS A CARGO				NUMERO DE HIJOS		TELÉFONO											
SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ VIUDO(A) ☐ UNIÓN LIBRE ☐						0				0		31											
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA										PROFESIONAL													
MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☒ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐ TECNÓLOGO ☐ TÉCNICO ☐ OTRO ☐ CUAL: _____																							
DIRECCIÓN RESIDENCIA:				CIUDAD RESIDENCIA		DEPARTAMENTO RESIDENCIA				PAÍS RESIDENCIA		TELÉFONO											
CALLE 146 # 11-30				BOGOTA		CUNDINAMARCA				COLOMBIA													
CORREO ELECTRÓNICO:			PORTAL O PAGINA INTERNET				TIPO DE VIVIENDA																
NTAIBELL.Z@GMAIL.COM			NO				PROPIA ☐ FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☒																
DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)			CIUDAD:		DEPARTAMENTO:				PAÍS:		TEL												
NO			NO		NO				NO														
3. DATOS DEL CÓNYUGE/ COMPAÑERO PERMANENTE																							
PRIMER APELLIDO				SEGUNDO APELLIDO:				PRIMER NOMBRE				SEGUNDO NOMBRE											
NO				NO				NO				NO											
TIPO DE IDENTIFICACIÓN				NUMERO DE IDENTIFICACIÓN		LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio)				FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)													
C.C. ☐ R.C. ☐ C.E. ☐ PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: _____																							
ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ NO ☐						NACIONALIDAD:																	
4. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA:(ULTIMO PERIODO DECLARADO)																							
SOCIO		☐		PROFESIONAL INDEPENDIENTE		☐		HOGAR		☐		CONTRATISTA		☒		EMPLEADO SOCIO		☐		COMERCIANTE		☐	
EMPLEADO PUBLICO		☐		PENSIONADO		☐		ASALARIADO		☒		ESTUDIANTE		☐		OTRO		☐		CUAL:			
INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE:		DECLARA RENTA		SI		☒		IVA		SI		☐		CÓDIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL: SECUNDARIA ☐									
				NO		☐		ICA		NO		☒											
		GRAN CONTRIBUYENTE		SI		☐		AGENTE RETENEDOR		SI		☐		AGENTE AUTORETENEDOR				SI		☐			
				NO		☒				NO		☐						NO		☐			
FUNCIONARIO PUBLICO				ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS				NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD E															
SI ☒ NO ☐				SI ☐ NO ☒				UHMED CALLE 80															
ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA										NUMERO DE NIT													
GOBIERNO		☐		SERVICIOS		☒		ENERGÉTICA		☐		COMERCIAL		☐		EXPORTACIONES		☐		FINANCIERA		☐	
TRANSPORTE		☐		MEDICAMENTOS		☐		ALIMENTOS		☐		AGRÍCOLA		☐		TECNOLOGÍA		☐		OTRA		☐	

DIRECCIÓN DE LA EMPRESA			TELÉFONO		CIUDAD/MUNICIPIO		DEPARTAMENTO																		
TV 100 A # 80 A - 50			NO		BOGOTA		CUNDINAMARCA																		
CARGO ACTUAL			MEDICO HOSPITALARIO				FECHA VINCULACIÓN																		
5. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO																									
NUMERO DE EMPLEADOS		VENTAS ANUALES		CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA		DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD			FECHA CONSTITUCIÓN																
6. INFORMACIÓN FINANCIERA																									
INGRESOS MENSUALES			EGRESOS MENSUALES			ACTIVOS			PASIVOS																
SALARIOS		6200000		GASTOS FAMILIARES		\$ 800.000,00		AHORROS		0		SALDO HIPOTECA													
HONORARIOS		6200000		ARRIENDOS		\$ 1.400.000,00		INVERSIONES		0		TARJETAS DE CRÉDITO													
ARRIENDOS				NO		CUOTA VEHÍCULO		NO		VEHÍCULOS		0		DEUDA VEHÍCULOS											
COMISIONES				NO		CUOTA VIVIENDA		NO		PROPIEDADES		0		DEUDAS TERCEROS											
OTROS INGRESOS*				NO		OTROS EGRESOS*		\$ 1.000.000,00		OTROS ACTIVOS*		0		OTROS PASIVOS*											
TOTAL INGRESOS		\$ 0		TOTAL EGRESOS		\$ 0		TOTAL ACTIVOS		\$ 0		TOTAL PASIVOS													
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.)																									
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													
JUNCO				SANTOS				JESSICA				XIMENA													
DIRECCIÓN				CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAÍS				TIPO RELACIÓN				TELÉFONO FIJO/CELULAR													
CALLE 123 # 23 -50				BOGOTA				AMIGA				32465													
8. REFERENCIA FINANCIERA																									
NOMBRE ENTIDAD				TIPO DE PRODUCTO				NUMERO				SUCURSAL													
BANCOLOMBIA				CUENTA DE AHORRO				NO				NO													
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒																									
NOMBRE ENTIDAD				TIPO DE PRODUCTO				NUMERO		PAÍS/CIUDAD		MONEDA		MONTANT											
DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS																									
PAGO SERVICIOS				EXPORTACIÓN				TRANSFERENCIAS				IMPORTACIÓN				PRESTAMOS				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 2011, 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 Gestión de 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 fue 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 2011 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 entregaré a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, etc.):																									
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 destinaran 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 INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE, en 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 condiciones de las mismas, 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 proporcionada 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.

por OPS:

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 ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)

4.5.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)

4.1.Fotocopia del Registro Úr

11. AUTORIZACIÓN REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO:- AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA REPORTAR, CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS CENTRALES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICIA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS ORÍGENES.

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 Vigilancia y 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 el presente formulario de Conocimiento del Cliente 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 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, entienda por LA ESE, a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE, identificada con Nit 900.971.006-4, ubicada en la 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, suministro los 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 contratación 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 los contratos celebrados. 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 otros 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 de 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 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 cualquier otra ley que modifique 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 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 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) Las 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 fines de 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. Si 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 a 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 Administrativa 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, si no he sido obligado a responderlas, autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos a datos biométricos.

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 la información 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 y/o 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 le 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 DC, teléfono 349 90 80, e-mail sarlaft@subrednorte.gov.co).y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de los 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 datos a 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 VERDADERA 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:	

PAÍS				
COLOMBIA				
20/08/2020				
TIPO SOCIEDAD				
IVOS				
\$ 0,00				
\$ 2.000.000,00				
\$ 0,00				
\$ 0,00				
0				
\$ 2.000.000				
OTROS PASIVOS				
ONOMBRE				
ENA				
Y / O EXTENSION/ JLAR				
47890				
TELÉFONO				
NO				
IONTO PROMEDIO				
de 2016, Numeral e Administración del cional de Salud.				
ntes de fondos a la 016 expedida por la				
, profesión, negocio,				
na que lo adicione,				
RED, en el caso de declaraciones por mi acta que yo hubiere				

[illegible]
