

FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE  
PERSONA NATURAL (CIRCULARES 009/2016, 005-6/2022)  
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.  
GESTIÓN FINANCIERA

CÓDIGO: AP-GF-F-24-04  
VERSION: 4  
PÁGINAS: 1 DE 3  
FECHA: 15/06/2022

CIRCULARES: 009 DE 2016, 005-6 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: **Bogotá - Colombia - 27-01-2023**

1. CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN (MARCA CON X)

SERVIDOR PÚBLICO ☐ CONTRATISTA OPS ☒ PARTICULAR ☐ OTRO ☐ CUAL: \_\_\_\_\_

2. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER NOMBRE: **Omar** SEGUNDO NOMBRE: **Daniel** PRIMER APELLIDO: **Tafur** SEGUNDO APELLIDO: **castañeda**

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: \_\_\_\_\_ No IDENTIFICACIÓN: \_\_\_\_\_ LUGAR Y FECHA EXPEDICIÓN: (A/M/D): \_\_\_\_\_ LUGAR Y FECHA NACIMIENTO: (A/M/D): \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD: **Colombiano**

CEDULA DE CIUDADANÍA ☒ CEDULA DE EXTRANJERÍA ☐ PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: \_\_\_\_\_  
ESTADO CIVIL: **1022-982748 Bogotá-2011-01-13 Bogotá-1993-01-12** NUMERO DE HIJOS: **0** PERSONAS A CARGO: **NO** TELÉFONO CELULAR: **3156236396**

SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ OTRO CUAL: \_\_\_\_\_ PROFESIÓN/OFCIO: **Digitador Archiv**

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA

MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER ☐ TECNÓLOGO ☐ OTRO ☒ CUAL: **Técnico**

DIRECCIÓN RESIDENCIA: **Transversal 33 # 77-20 Sur Interior 2** CIUDAD RESIDENCIA: **Bogotá** DEPARTAMENTO RESIDENCIA: **Cundinamarca** PAÍS RESIDENCIA: **Colombia** TELÉFONO RESIDENCIA: **7645296**

TIPO DE VIVIENDA

CORREO ELECTRÓNICO: **danytafur9301@gmail.com** PORTAL O PAGINA INTERNET: \_\_\_\_\_ 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): \_\_\_\_\_ LUGAR Y FECHA NACIMIENTO: (A/M/D): \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_

CEDULA DE CIUDADANÍA ☐  
CEDULA DE EXTRANJERÍA ☐  
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: \_\_\_\_\_

4. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA: (ÚLTIMO PERÍODO 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: **8299**

FUNCIONARIO PÚBLICO ☐ ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS ☐ NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONÓMICA: **Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E**

SI ☐ NO ☒ SI ☐ NO ☒ ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA: **Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E** NUMERO DE NIT: **900971006-4**

GOBIERNO ☐ FINANCIERA ☐ SERVICIOS ☐ SALUD ☒ TECNOLOGÍA ☐ OTRA ☐ CUAL: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE LA EMPRESA: **Cll 66 15-41** TELÉFONO: **4431790** CIUDAD/MUNICIPIO: **Bogotá D.C** DEPARTAMENTO: **Cundinamarca** PAÍS: **Colombia**

CARGO ACTUAL: **Auxiliar de Archivo** 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	\$1'000.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	\$1'424.000	ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CRÉDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHÍCULOS		DEUDA	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		VEHÍCULOS DEUDAS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		TERCEROS	
TOTAL INGRESOS	\$0	TOTAL EGRESOS	\$0	TOTAL ACTIVOS	\$0	OTROS PASIVOS*	
DESCRIPCIÓN OTROS INGRESOS		DESCRIPCIÓN OTROS EGRESOS		DESCRIPCIÓN OTROS ACTIVOS		TOTAL PASIVOS	\$0
						DESCRIPCIÓN OTROS PASIVOS	

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



 Ministerio de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE		FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL (CIRCULARES 009/2016, 005-5/2022) SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE GESTIÓN FINANCIERA		CÓDIGO: AP-GF-F-24-04 VERSIÓN: 4 PÁGINAS: 2 DE 3 FECHA: 15/06/2022
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	
Orozco		Martha	Berta	
DIRECCIÓN	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAÍS	TIPO RELACIÓN	TELÉFONO FIJO Y/O EXTENSIÓN/CELULAR	
Diagonal 3447A/1815E	Bogotá, Colombia	Amistad	320 876 8458	
8. REFERENCIA FINANCIERA				
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO	SUCURSAL	TELÉFONO
Banco Caja Social	Cuenta de ahorros	24073305879	Santa Ubrada	3077860
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>				
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO	PAÍS/CIUDAD	MONEDA
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 <input type="checkbox"/>				

**OBSERVACIONES:** Con el diligenciamiento de este formulario se da cumplimiento al Proceso de Conocimiento del Cliente o contraparte- debida diligencia, conforme 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 SICOF, 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.):

DIGITADOR

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, complementa 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, complementa 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.

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 esta 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 contraparte- 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 SICOF, 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:

1. 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, suministraré mis datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.

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

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

