


| | | | |
|---|--|--|--|
|  | FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - EMPRESA (CIRCULAR 009/2016) | | CÓDIGO: AP-GF-F-23-02 |
| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA | | VERSIÓN: 2 |
| | | | PÁGINA: 1 DE 3 |
| | | FECHA: 06/05/2019 | |
| CIUDAD/ PAÍS Y FECHA DE DILIGENCIAMIENTO | | | |
| PERSONA JURÍDICA <input checked="" type="checkbox"/> PERSONA NATURAL <input type="checkbox"/> OTRA: <input type="checkbox"/> CUAL: _____ | | | |
| 1. CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN CON LA EMPRESA (MARCA CON X) | | | |
| ASEGURADOR <input type="checkbox"/> PROVEEDOR <input checked="" type="checkbox"/> CONTRATISTA <input type="checkbox"/> PARTICULAR <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUAL: _____ | | | |
| 2. DATOS DE LA PERSONA JURÍDICA | | | |
| RAZÓN SOCIAL | | NEXCOMPUTER SAS | NIT |
| REPRESENTANTE LEGAL: | | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| | | Roman | Camargo |
| CEDULA DE EXTRANJERÍA <input type="checkbox"/> | CEDULA DE CIUDADANÍA <input checked="" type="checkbox"/> | NUMERO: 79341344 | LUGAR Y FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD) Bogotá 8/08/1983 |
| FECHA NACIMIENTO: AAAA/MM/DD | LUGAR NACIMIENTO | DEPARTAMENTO | NACIONALIDAD (1) |
| 1965-02-24 | Bogota D.C | Bogota D.C | Colombiano |
| DIRECCIÓN DOMICILIO PRINCIPAL | PAÍS | DEPARTAMENTO | CIUDAD |
| AUT MEDELLIN KM 3 5 CEN EMPRESARIAL METROPOLITANO LC B 29 | Colombia | Cundinamarca | Cota |
| CORREO ELECTRÓNICO: ventas2bta@nex.com.co | | PORTAL/PAGINA INTERNET: | |
| DIRECCIÓN SUCURSAL/AGENCIA | DEPARTAMENTO/ CIUDAD | PAÍS | TELÉFONO/FAX |
| Cra 16 # 76 -31 | Bogota | Colombia | 5520777 |
| TIPO DE EMPRESA (ACTIVIDAD ECONÓMICA) | | | |
| PUBLICA <input type="checkbox"/> MIXTA <input type="checkbox"/> PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/> SERVICIOS <input type="checkbox"/> INDUSTRIAL <input type="checkbox"/> FARMACÉUTICA <input type="checkbox"/> COMERCIAL <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| SERVICIOS DE SALUD <input type="checkbox"/> SERVICIOS FINANCIEROS <input type="checkbox"/> TRANSPORTES <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/> CUAL: _____ | | | |
| INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | RENTA/CREE | IVA |
| | | | ICA |
| GRAN CONTRIBUYENTE | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | AGENTE RETENEDOR | AGENTE AUTORETENEDOR |
| | | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3. DECLARACIÓN PERSONA PUBLICAMENTE EXPUESTA (PEPS) | | | |
| POR SU CARGO O ACTIVIDAD ADMINISTRA O TIENE A SU CARGO EL MANEJO DE RECURSOS PÚBLICOS | | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGÚN GRADO O TIPO DE PODER PÚBLICO | | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| POR SU ACTIVIDAD, OCUPACIÓN U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL | | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS DIFERENTE A COLOMBIA | | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| Si contestó afirmativamente alguna de las anteriores preguntas, por favor, especifique: | | | |
| IDENTIFICACIÓN DE ACCIONISTAS, SOCIOS, ASOCIADOS QUE SEAN TITULARES DE MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APOORTE O PARTICIPACIÓN | | | |
| NOMBRE COMPLETO O RAZÓN SOCIAL | % | TIPO DE IDENTIFICACIÓN | NUMERO IDENTIFICACIÓN |
| Uriel Roman Camargo | 50% | C.C <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> | 79341344 |
| Nubia Patricia Nieto | 50% | C.C <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> | 52099112 |
| | | C.C <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> | |
| | | C.C <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> | |
| 4. INFORMACIÓN FINANCIERA (ULTIMO PERIODO DECLARADO) | | | |
| INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES | \$ 1.589.974.759,00 | ACTIVOS TOTALES | \$ 22.868.179.868,00 |
| INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES | \$ 16.016.002,42 | PASIVOS TOTALES | \$ 25.733.467.309,00 |
| EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES | \$ 1.546.717.531,17 | PATRIMONIO | -\$ 2.865.287.441,00 |
| EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES | \$ | | 326.920.157,42 |
| CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES: | Descuentos comerciales | | |
| CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES: | Gasto financieros | | |
| 5. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES | | | |
| REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA: | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | |
| REDESCUENTO <input type="checkbox"/> EXPORTACIONES <input type="checkbox"/> LEASING <input type="checkbox"/> SERVICIOS <input type="checkbox"/> OPERACIONES DE TRANSFERENCIAS <input type="checkbox"/> IMPORTACIONES <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| PAGO DE SERVICIOS <input type="checkbox"/> PRESTAMOS EN MONEDA EXTRANJERA <input type="checkbox"/> INVERSIONES <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/> Especifique cual: _____ | | | |
| TIPO PRODUCTO | No DEL PRODUCTO | MONTO OPERACIÓN | CIUDAD |
| | | | |
| 6. 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": | | | |

| | | |
|---|--|---|
|  | FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - EMPRESA (CIRCULAR 009/2016) | CÓDIGO: AP-GF-F-23-02 VERSIÓN: 2 |
| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA | PÁGINA: 1 DE 3 FECHA: 06/05/2019 |

1. Los recursos que posee la Empresa provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio): **ACTIVIDADES PROPIAS DE LA COMPAÑIA**
 2. Las actividades realizadas por la Empresa se efectúan dentro del Marco Legal. Los recursos que posee NO provienen de actividades ilícitas de conformidad con el Código Penal Colombiano.
 3. La información suministrada en este formulario es veraz y verificable, y me obligo a actualizarla cuando así se requiera.
 4. Cláusula para apoderados: Certifico que toda la información suministrada y de la cual no soy titular ha sido obtenida de acuerdo con los parámetros establecidos legalmente.
 5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato NO se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
 6. 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)
 7. 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.
 8. 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.
 9. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
 10. 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.
 11. 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.

7. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.
 2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
 3. Fotocopia del documento de identificación del Representante legal de la Empresa.
 4. Fotocopia Declaración de Renta del ultimo periodo gravable declarado.
 5. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.

APODERADO
 Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.

8. AUTORIZACIÓN DE USO DE INFORMACIÓN

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: 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 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 INFORMACION: 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.

| | | | |
|---|--|--|---|
|  | FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - EMPRESA (CIRCULAR 009/2016) | | CÓDIGO: AP-GF-F-23-02 |
| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA | | VERSIÓN: 2 |
| | | | PÁGINA: 1 DE 3 FECHA: 06/05/2019 |

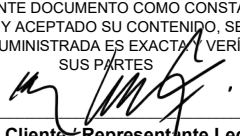

5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente 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.

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. 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 3499080, email sarlaft@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 autorizamos, 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.

| | |
|---|---|
| 9. 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 |

| | |
|--|--|
| 10. VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN | |
| 1. Ciudad y fecha | |
| 2. Nombre y Cargo de quien verifica: | |
| 3. Lugar de la Entrevista: | |
| 4. Observaciones: | |
| 5. Firma y Cédula | |