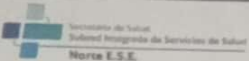


|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                              |  |                                                                                                                 |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|                                                                                                                                                                                                                                                     |  | <b>FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE</b><br><b>PERSONA NATURAL (CIRCULARES 009/2016, 005-5/2022)</b> |  | CÓDIGO: AP-GF-F-24-04<br>VERSIÓN: 4<br>PAGINAS: 1 DE 3<br>FECHA: 15/06/2022                                     |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN FINANCIERA                                                    |  |                                                                                                                 |  |
| 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:                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | BOGOTÁ/ COLOMBIA/ 09-03-2023                                                                                                 |  |                                                                                                                 |  |
| <b>1. CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN (MARCA CON X)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                              |  |                                                                                                                 |  |
| SERVIDOR PÚBLICO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | CONTRATISTA OPS <input checked="" type="checkbox"/>                                                                          |  | PARTICULAR <input type="checkbox"/>                                                                             |  |
| OTRO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | CUAL: _____                                                                                                                  |  |                                                                                                                 |  |
| <b>2. DATOS DE LA PERSONA NATURAL</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                              |  |                                                                                                                 |  |
| PRIMER NOMBRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | SEGUNDO NOMBRE                                                                                                               |  | PRIMER APELLIDO                                                                                                 |  |
| YEIMI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                              |  | ACERO                                                                                                           |  |
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | No IDENTIFICACIÓN                                                                                                            |  | LUGAR Y FECHA EXPEDICIÓN: (A/M/D)                                                                               |  |
| CEDULA DE CIUDADANÍA <input checked="" type="checkbox"/><br>CEDULA DE EXTRANJERÍA <input type="checkbox"/><br>PASAPORTE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUAL: _____                                                                                                                                           |  | 5245809                                                                                                                      |  | BOGOTÁ - 1998/02/24                                                                                             |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                              |  | LUGAR Y FECHA NACIMIENTO: (A/M/D)<br>BOGOTÁ - 1980/01/12                                                        |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                              |  | NACIONALIDAD<br>COLOMBIANA                                                                                      |  |
| ESTADO CIVIL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                              |  | NÚMERO DE HIJOS                                                                                                 |  |
| SOLTERO(A) <input type="checkbox"/> CASADO(A) <input type="checkbox"/> OTRO CUAL: DIVORCIADA _____                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                              |  | 1                                                                                                               |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                              |  | PERSONAS A CARGO                                                                                                |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                              |  | 1                                                                                                               |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                              |  | TELÉFONO CELULAR                                                                                                |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                              |  | 3112847571                                                                                                      |  |
| <b>NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                              |  |                                                                                                                 |  |
| MAGISTER <input type="checkbox"/> POSGRADO <input checked="" type="checkbox"/> UNIVERSITARIO <input type="checkbox"/> BACHILLER <input type="checkbox"/> TECNÓLOGO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUAL: _____                                                                                                |  |                                                                                                                              |  |                                                                                                                 |  |
| PROFESIÓN/OFICIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                              |  |                                                                                                                 |  |
| ENFERMERA ESPECIALISTA EN AUDITORIA EN SALUD.                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                              |  |                                                                                                                 |  |
| DIRECCIÓN RESIDENCIA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | CIUDAD RESIDENCIA                                                                                                            |  | DEPARTAMENTO RESIDENCIA                                                                                         |  |
| CALLE 20 C N°. 106 - 27 INT 11 APTO 204                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | BOGOTÁ                                                                                                                       |  | CUNDINAMARCA                                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                              |  | COLOMBIA                                                                                                        |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                              |  | TELÉFONO RESIDENCIA                                                                                             |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                              |  | 8197899                                                                                                         |  |
| CORREO ELECTRÓNICO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | PORTAL O PAGINA INTERNET                                                                                                     |  | TIPO DE VIVIENDA                                                                                                |  |
| emmanuel@vahoo.com                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | N/A                                                                                                                          |  | PROPIA <input checked="" type="checkbox"/> FAMILIAR <input type="checkbox"/> ARRENDADA <input type="checkbox"/> |  |
| DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | CIUDAD:                                                                                                                      |  | DEPARTAMENTO:                                                                                                   |  |
| N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | N/A                                                                                                                          |  | N/A                                                                                                             |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                              |  | PAÍS:                                                                                                           |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                              |  | N/A                                                                                                             |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                              |  | TELÉFONO/FAX                                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                              |  | N/A                                                                                                             |  |
| <b>3. DATOS DEL CÓNYUGE/ COMPAÑERO PERMANENTE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                              |  |                                                                                                                 |  |
| PRIMER NOMBRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | SEGUNDO NOMBRE                                                                                                               |  | PRIMER APELLIDO                                                                                                 |  |
| N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | N/A                                                                                                                          |  | N/A                                                                                                             |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                              |  | SEGUNDO APELLIDO:                                                                                               |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                              |  | N/A                                                                                                             |  |
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | No IDENTIFICACIÓN                                                                                                            |  | LUGAR Y FECHA EXPEDICIÓN: (A/M/D)                                                                               |  |
| CEDULA DE CIUDADANÍA <input type="checkbox"/><br>CEDULA DE EXTRANJERÍA <input type="checkbox"/><br>PASAPORTE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUAL: _____                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                              |  | LUGAR Y FECHA NACIMIENTO: (A/M/D)<br>N/A                                                                        |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                              |  | NACIONALIDAD                                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                              |  | N/A                                                                                                             |  |
| <b>4. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA: (ÚLTIMO PERIODO DECLARADO)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                              |  |                                                                                                                 |  |
| EMPLEADO PÚBLICO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | PENSIONADO <input type="checkbox"/>                                                                                          |  | CONTRATISTA <input checked="" type="checkbox"/>                                                                 |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                              |  | PROFESIONAL INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUAL: _____                    |  |
| <b>INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE SEÑALE CON UNA EQUIS (X)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                              |  |                                                                                                                 |  |
| DECLARA RENTA <input checked="" 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 CIIU ACTIVIDAD ECONÓMICA: PRINCIPAL: 7010                                                                |  |
| FUNCIONARIO PÚBLICO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS <input type="checkbox"/>                                                                        |  | NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONÓMICA                                          |  |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>                                                           |  | N/A                                                                                                             |  |
| <b>ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                              |  |                                                                                                                 |  |
| 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: _____                                                                       |  |
| DIRECCIÓN DE LA EMPRESA                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | TELÉFONO                                                                                                                     |  | CIUDAD/MUNICIPIO                                                                                                |  |
| N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | N/A                                                                                                                          |  | N/A                                                                                                             |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                              |  | DEPARTAMENTO                                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                              |  | N/A                                                                                                             |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                              |  | PAÍS                                                                                                            |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                              |  | N/A                                                                                                             |  |
| CARGO ACTUAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | N/A                                                                                                                          |  | FECHA VINCULACIÓN                                                                                               |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                              |  | N/A                                                                                                             |  |
| <b>5. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO (Si aplica)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                              |  |                                                                                                                 |  |
| NÚMERO DE EMPLEADOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | VENTAS ANUALES                                                                                                               |  | CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA                                                                                      |  |
| N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | N/A                                                                                                                          |  | N/A                                                                                                             |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                              |  | DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD                                                                                           |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                              |  | N/A                                                                                                             |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                              |  | FECHA CONSTITUCIÓN                                                                                              |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                              |  | N/A                                                                                                             |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                              |  | TIPO SOCIEDAD                                                                                                   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                              |  | N/A                                                                                                             |  |
| <b>6. INFORMACIÓN FINANCIERA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                              |  |                                                                                                                 |  |
| INGRESOS MENSUALES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | EGRESOS MENSUALES                                                                                                            |  | ACTIVOS                                                                                                         |  |
| SALARIOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | GASTOS FAMILIARES                                                                                                            |  | AHORROS                                                                                                         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | \$ 1.400.000,00                                                                                                              |  | \$ 100.000                                                                                                      |  |
| HONORARIOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | ARRIENDOS                                                                                                                    |  | INVERSIONES                                                                                                     |  |
| \$ 2.500.000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                              |  |                                                                                                                 |  |
| ARRIENDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | CUOTA VEHICULO                                                                                                               |  | VEHÍCULOS                                                                                                       |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                              |  |                                                                                                                 |  |
| COMISIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | CUOTA VIVIENDA                                                                                                               |  | PROPIEDADES                                                                                                     |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                              |  |                                                                                                                 |  |
| OTROS INGRESOS*                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | OTROS EGRESOS*                                                                                                               |  | OTROS ACTIVOS*                                                                                                  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                              |  |                                                                                                                 |  |
| TOTAL INGRESOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | TOTAL EGRESOS                                                                                                                |  | TOTAL ACTIVOS                                                                                                   |  |
| \$ 2.500.000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | \$ 1.400.000                                                                                                                 |  | \$ 100.000                                                                                                      |  |
| DESCRIPCIÓN OTROS INGRESOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | DESCRIPCIÓN OTROS EGRESOS                                                                                                    |  | DESCRIPCIÓN OTROS ACTIVOS                                                                                       |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                              |  |                                                                                                                 |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                              |  | PASIVOS                                                                                                         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                              |  | SALDO HIPOTECA                                                                                                  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                              |  | TARJETAS DE CRÉDITO                                                                                             |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                              |  | \$ 1.000.000                                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                              |  | DEUDA VEHÍCULOS                                                                                                 |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                              |  | DEUDAS TERCEROS                                                                                                 |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                              |  | OTROS PASIVOS*                                                                                                  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                              |  |                                                                                                                 |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                              |  | TOTAL PASIVOS                                                                                                   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                              |  | \$ 1.000.000                                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                              |  | DESCRIPCIÓN OTROS PASIVOS                                                                                       |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                              |  |                                                                                                                 |  |

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                            |                 |                                                                             |              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------|--------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE</b><br><b>PERSONA NATURAL (CIRCULARES 009/2016_005-5/2022)</b>                |                 | CÓDIGO: AP-GF-F-24-04<br>VERSIÓN: 4<br>PÁGINAS: 2 DE 3<br>FECHA: 15/06/2022 |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN FINANCIERA                                                                  |                 |                                                                             |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>7. REFERENCIAS PERSONALES</b><br>(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                                                              |              |
| VARGAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | NIÑO                                                                                                                                       | CLAUDIA         | MARIBET                                                                     |              |
| DIRECCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAÍS                                                                                                                   | TIPO RELACIÓN   | TELÉFONO FIJO Y / O EXTENSIÓN/CELULAR                                       |              |
| CRA 81 B No 19B - 85                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | BOGOTÁ/ CUNDINAMARCA/ COLOMBIA                                                                                                             | AMIGA - COLEGA  | 3192498427                                                                  |              |
| <b>8. REFERENCIA FINANCIERA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                            |                 |                                                                             |              |
| NOMBRE ENTIDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | TIPO DE PRODUCTO                                                                                                                           | NUMERO          | SUCURSAL                                                                    | TELÉFONO     |
| BANCO DAVIVIENDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | CUENTA DE AHORROS                                                                                                                          | 550087360919912 | FONTIBON                                                                    | 601 338 3838 |
| MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                            |                 |                                                                             |              |
| NOMBRE ENTIDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | TIPO DE PRODUCTO                                                                                                                           | NUMERO          | PAÍS/CIUDAD                                                                 | MONEDA       |
| N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | N/A                                                                                                                                        | N/A             | N/A                                                                         | N/A          |
| DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                            |                 |                                                                             |              |
| PAGO SERVICIOS <input type="checkbox"/> EXPORTACIÓN <input type="checkbox"/> TRANSFERENCIAS <input type="checkbox"/> IMPORTACIÓN <input type="checkbox"/> PRESTAMOS <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/> CUAL:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                            |                 |                                                                             |              |
| <b>OBSERVACIONES:</b> 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                            |                 |                                                                             |              |
| <b>9. DECLARACIÓN DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                            |                 |                                                                             |              |
| 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.):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                            |                 |                                                                             |              |
| ENFERMERA, ESPECIALISTA EN AUDITORIA EN SALUD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                            |                 |                                                                             |              |
| 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                            |                 |                                                                             |              |
| <b>10. DOCUMENTOS REQUERIDOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                            |                 |                                                                             |              |
| 1. Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses y declaración de Renta si es declarante.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                            | 3. Contratistas |                                                                             |              |
| 2. Profesional independiente: Declaración de renta si es declarante.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                            |                 |                                                                             |              |
| 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)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                            |                 |                                                                             |              |
| <b>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.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                            |                 |                                                                             |              |
| <b>12. CONSIDERACIONES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                            |                 |                                                                             |              |
| 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                            |                 |                                                                             |              |
| <b>12.1. AUTORIZACIÓN</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                            |                 |                                                                             |              |
| 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. <b>Declaro expresamente:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                            |                 |                                                                             |              |
| * 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:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                            |                 |                                                                             |              |
| <b>1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:</b> 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 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) Envío de información 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. |                                                                                                                                            |                 |                                                                             |              |
| <b>2. TRATAMIENTO:</b> 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 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.

**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.

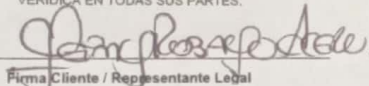
**7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN:** Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

**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: sarlaft@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 SICOE.

**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.



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:                            |  |