

		FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL (CIRCULARES 009/2016_005-5/2022) [1]				CÓDIGO: AP-GF-F-24-04	
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA				VERSIÓN: 4	
						PÁGINAS: 1 DE 3	
						FECHA: 01/03/2023	
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 DOCUMENTACION.							
CIUDAD/ PAÍS Y FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:		BOGOTÁ COLOMBIA					
1. CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN (MARCA CON X)							
SERVIDOR PUBLICO		☐	CONTRATISTA OPS		☒	PARTICULAR	
		☐			☐	OTRO	
		CUAL: _____					
2. DATOS DE LA PERSONA NATURAL [2]							
PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:	
ANA		MARIA		ABELLO		GONZALEZ	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		No IDENTIFICACIÓN		LUGAR Y FECHA EXPEDICIÓN: (A/M/D)		LUGAR Y FECHA NACIMIENTO: (A/M/D)	
CEDULA DE CIUDADANÍA		☒					
CEDULA DE EXTRANJERÍA		☐		1026565420		1990/11/12	
PASAPORTE		☐		OTRO		☐	
		CUAL: _____					
ESTADO CIVIL				NUMERO DE HIJOS		PERSONAS A CARGO	
SOLTERO(A)				☒		CASADO(A)	
				☐		OTRO CUAL: _____	
				1		3	
						3205797729	
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA						PROFESIÓN/ OFICIO [3]	
MAGISTER						☐	
POSGRADO						☐	
UNIVERSITARIO						☐	
BACHILLER						☐	
TECNÓLOGO						☐	
OTRO						☒	
						CUAL: _____ TECNICO	
						AUXILIAR DE ENFERMERIA	
DIRECCIÓN RESIDENCIA:		CIUDAD RESIDENCIA		DEPARTAMENTO RESIDENCIA		PAÍS RESIDENCIA	
CALLE 59 A BIS # 47 - 42 SUR		BOGOTÁ		BOGOTÁ		COLOMBIA	
CORREO ELECTRÓNICO:		PORTAL O PAGINA INTERNET		TIPO DE VIVIENDA			
ANAMARIAABELLOG@GMAIL.COM		N/A		PROPIA		☐	
				FAMILIAR		☒	
				ARRENDADA		☐	
DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)		CIUDAD:		DEPARTAMENTO:		PAÍS:	
N/A		N/A		N/A		N/A	
3. DATOS DEL CÓNYUGE/ COMPAÑERO PERMANENTE							
PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:	
N/A		N/A		N/A		N/A	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		No IDENTIFICACIÓN		LUGAR Y FECHA EXPEDICIÓN: (A/M/D)		LUGAR Y FECHA NACIMIENTO: (A/M/D)	
CEDULA DE CIUDADANÍA		☐					
CEDULA DE EXTRANJERÍA		☐		N/A		N/A	
PASAPORTE		☐		OTRO		☐	
		CUAL: _____ N/A					
4. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA:(ULTIMO PERIODO DECLARADO)							
EMPLEADO PUBLICO		☐		PENSIONADO		☐	
		☐		CONTRATISTA		☒	
				PROFESIONAL INDEPENDIENTE		☐	
				OTRO		☐	
				CUAL: _____			
INFORMACIÓN TRIBUTARIA							
DECLARA RENTA		☐		AGENTE RETENEDOR		☐	
		N/A		IVA		☐	
				ICA		☐	
GRAN CONTRIBUYENTE		☐		AGENTE AUTORETENEDOR		☐	
		N/A		CÓDIGO CIU ACTIVIDAD ECONÓMICA:		PRINCIPAL: 8692	
FUNCIONARIO PUBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONÓMICA			
SI		☐		NO		☒	
						SUBRE INTEGRADA DE SEVICIO DE SALUD NORTE	
ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA						NUMERO DE NIT	
						900971006-4	
GOBIERNO		☐		FINANCIERA		☐	
				SERVICIOS		☒	
				SALUD		☐	
				TECNOLOGÍA		☐	
				OTRA		☐	
		CUAL: _____					
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA		TELÉFONO		CIUDAD/MUNICIPIO		DEPARTAMENTO	
CALLE 66 # 15 - 49		4431790		BOGOTÁ		BOGOTÁ	
CARGO ACTUAL		AUXILIAR DE ENFERMERIA		FECHA VINCULACIÓN		15/07/2021	
5. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO (Si aplica)							
NUMERO DE EMPLEADOS		VENTAS ANUALES		CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA		DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD	
N/A		N/A		N/A		N/A	
6. INFORMACIÓN FINANCIERA							
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		0		GASTOS FAMILIARES		\$ 1.750.000,00	
HONORARIOS		2.232.442		ARRIENDOS		\$ 0,00	
ARRIENDOS		0		CUOTA VEHÍCULO		\$ 0,00	
COMISIONES		0		CUOTA VIVIENDA		\$ 0,00	
OTROS INGRESOS*		0		OTROS EGRESOS*		\$ 0,00	
TOTAL INGRESOS		\$ 2.232.442		TOTAL EGRESOS		\$ 1.750.000	
				TOTAL ACTIVOS		\$ 100.000	
				TOTAL PASIVOS		\$ 600.000	
DESCRIPCIÓN OTROS INGRESOS		DESCRIPCIÓN OTROS EGRESOS		DESCRIPCIÓN OTROS ACTIVOS		DESCRIPCIÓN OTROS PASIVOS	
N/A		N/A		N/A		N/A	
NOTA: Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados. (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)							
		FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL (CIRCULARES 009/2016_005-5/2022) [4]				CÓDIGO: AP-GF-F-24-04	
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA				VERSIÓN: 4	
						PÁGINAS: 2 DE 3	
						FECHA: 15/06/2022	

7. REFERENCIAS PERSONALES					
(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
INFANTE	RODRIGUEZ	YEIMY	DAYANA		
DIRECCIÓN	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAÍS	TIPO RELACIÓN	TELÉFONO FIJO Y / O EXTENSIÓN/CELULAR		
CARRERA 20 D # 65 - 10 SUR	BIGOTA /COLOMBIA	AMIGA	3053748054		
8. REFERENCIA FINANCIERA [5]					
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELÉFONO	
BANCO DE BOGOTÁ	CUENTA DE AHORROS	450170626	CANDELARIA LA NUEVA	3820000	
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒					
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAÍS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS					
PAGO SERVICIOS ☐	EXPORTACIÓN ☐	TRANSFERENCIAS ☐	IMPORTACIÓN ☐	PRESTAMOS ☐	OTRA ☐ CUAL:
OBSERVACIONES: Con el diligenciamiento de este formulario se da cumplimiento al Proceso de Conocimiento del Cliente 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 SICOE, de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud.					
9. DECLARACIÓN DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS					
Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE , con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":					
1. Que los recursos y/o elementos que entregue y entregará a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):					
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.					
10. DOCUMENTOS REQUERIDOS					
1. Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses y declaración de Renta si es declarante. 2. Profesional Independiente: Declaración de renta si es declarante. 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 ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar) 4.5.Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)			3. Contratistas por		
11. AUTORIZACIÓN REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO:- AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA REPORTAR, CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICIA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAÍSES.					
12. CONSIDERACIONES					
1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente o contraparte- persona natural, estan 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 sistemad de Corrupción, Opacidad y Fraude SICOE, adoptado por la Subred Norte ESE. 2. Que conforme a los 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 tratan observando las disposiciones legales vigentes. 4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales.					
12.1. AUTORIZACIÓN					
Ante la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE, identificada con Nit 900.971.006-4 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma ESE antes mencionada. Declaro expresamente: * Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud. * Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente: 1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, 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. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Envío de información de Sujetos de tributación a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. k) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. l) La prevención y control de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo, proliferación de armas de destrucción masiva y el sistema SICOE. 2. TRATAMIENTO: El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.					
FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL (CIRCULARES 009/2016_005-5/2022) [6]			CÓDIGO: AP-GF-F-24-04 VERSIÓN: 4 PÁGINAS: 3 DE 3 FECHA: 01/03/2023		
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA					

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.

Huella Índice Derecho

5. Firma:

[1] CLIENTE O CONTRAPARTE: Es aquel que diligencia el formulario. Persona natural o jurídica

[2] DATOS DE LA PERSONA NATURAL: corresponden a la información personal del cliente o responsable de la información.

[3] PROFESIÓN/OFICIO: Se registra de acuerdo al nivel de estudio o la denominación del cargo que desarrolla

[4] CLIENTE O CONTRAPARTE: Es aquel que diligencia el formulario. Persona natural o jurídica

[5] REFERENCIA FINANCIERA: Se diligencia en su totalidad y debe ser verificable.

[6] CLIENTE O CONTRAPARTE: Es aquel que diligencia el formulario. Persona natural o jurídica