Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL (CIRCULAR 009/2016) SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN FINANCIERA	CÓDIGO: AP-GF-F-24-03 VERSIÓN: 3 PÁGINA: 1 DE 3 FECHA: 06/05/2019

FECHA:		CIUDAD:		DEPARTAMENTO:	

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

PROVEEDOR [ ] PARTICULAR [ ] CONTRATISTA OPS [X] SERVIDOR PUBLICO [ ] OTRO [ ] CUAL

2. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	No IDENTIFICACIÓN	LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)
C.C [ ] R.C [ ] C.E [ ] NUIP [ ] PASAPORTE [ ] OTRO [ ] CUAL:			

ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI [ ] NO [ ]

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAÍS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:

ESTADO CIVIL	PERSONAS A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELÉFONO CELULAR
SOLTERO(A) [ ] CASADO(A) [ ] DIVORCIADO(A) [ ] VIUDO(A) [ ] UNIÓN LIBRE [ ]			

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA	PROFESIÓN/ OFICIO
MAGISTER [ ] POSGRADO [ ] UNIVERSITARIO [ ] BACHILLER [ ] PRIMARIA [ ] TECNÓLOGO [ ] TÉCNICO [ ] OTRO [ ] CUAL	

DIRECCIÓN RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO RESIDENCIA	PAÍS RESIDENCIA	TELÉFONO RESIDENCIA

CORREO ELECTRÓNICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA
		PROPIA [ ] FAMILIAR [ ] ARRENDADA [ ]

DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAÍS:	TELÉFONO/FAX

3. DATOS DEL CÓNYUGE/ COMPAÑERO PERMANENTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)
C.C [ ] R.C [ ] C.E [ ] NUIP [ ] PASAPORTE [ ] OTRO [ ] CUAL:			

ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI [ ] NO [ ] NACIONALIDAD

4. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA:(ULTIMO PERIODO DECLARADO)

SOCIO [ ] PROFESIONAL INDEPENDIENTE [ ] HOGAR [ ] CONTRATISTA [ ] EMPLEADO SOCIO [ ] COMERCIANTE [ ]

EMPLEADO PUBLICO [ ] PENSIONADO [ ] ASALARIADO [ ] ESTUDIANTE [ ] OTRO [ ] CUAL

INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE:						
DECLARA RENTA	SI [ ] NO [ ]	IVA	SI [ ] NO [ ]	CÓDIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONÓMICA		
		ICA		PRINCIPAL:	SECUNDARIA	
GRAN CONTRIBUYENTE	SI [ ] NO [ ]	AGENTE RETENEDOR	SI [ ] NO [ ]	AGENTE AUTORETENEDOR	SI [ ] NO [ ]	

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONÓMICA
SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	

ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	NUMERO DE NIT
GOBIERNO [ ] SERVICIOS [ ] ENERGÉTICA [ ] COMERCIAL [ ] EXPORTACIONES [ ] FINANCIERA [ ] TRANSPORTE [ ] MEDICAMENTOS [ ] ALIMENTOS [ ] AGRÍCOLA [ ] TECNOLOGÍA [ ] OTRA [ ] CUAL	

DIRECCIÓN DE LA EMPRESA	TELÉFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAÍS
CARGO ACTUAL			FECHA VINCULACIÓN	

5. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCIÓN	TIPO SOCIEDAD

6. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES	EGRESOS MENSUALES	ACTIVOS	PASIVOS

[illegible]	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL (PERSONA DE NEGOCIO) SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN FINANCIERA	CÓDIGO: AF-GF-F-04-03 VERSIÓN: 1 PÁGINA: 1 DE 1 FECHA: [illegible]

[illegible]		[illegible]		[illegible]		[illegible]	
[illegible]		[illegible]		[illegible]		[illegible]	
[illegible]		[illegible]		[illegible]		[illegible]	
[illegible]		[illegible]		[illegible]		[illegible]	
[illegible]		[illegible]		[illegible]		[illegible]	
TOTAL INGRESOS	$	TOTAL EGRESOS	$	TOTAL ACTIVOS	$	TOTAL PASIVOS	$
DESCRIPCIÓN OTROS INGRESOS		DESCRIPCIÓN OTROS EGRESOS		DESCRIPCIÓN OTROS ACTIVOS		DESCRIPCIÓN OTROS PASIVOS	

NOTA: Todos los conceptos de bienes deben estar debidamente soportados (escrituras, carta catastral, facturas, registro, documentos, etc.)

9. INFORMACIÓN PERSONAL

(No olvide adjuntar a esta con la Cédula de Ciudadanía y Rut de acuerdo a Nueva Ley)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

DIRECCIÓN	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAÍS	TIPO RELACIÓN	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR

8. INFORMACIÓN FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO	CIUDAD	TELÉFONO
Scotiabank colpatria	cta Ahorros	454200691	Bogota	7561616

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA SI [ ] NO [ ]

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO	CIUDAD/PAÍS	MONEDA	MONTO PROMEDIO

DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS

PAGO SERVICIOS		EXPORTACIÓN		TRANSFERENCIAS		IMPORTACIÓN		PRÉSTAMOS		OTRA		CUAL

OBSERVACIONES: Con el diligenciamiento de este formulario se da cumplimiento al Proceso de Conocimiento del Cliente establecido en la Circular Externa No. 009 de 2016, Numerales 5.3.2.2.3.1 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter obligatorio y forma parte de los Mínimos establecidos dentro del Sistema de Administración de Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE, como actividad vinculada al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud.

8. DECLARACIÓN DEL ORIGEN DE LOS INGRESOS FONDOS

Yo/Nos solicitante/s presente/s solicitud/es obrando en nombre propio, de manera voluntaria y bajo gravedad de juramento, declara/mos la siguiente declaración de fuentes de fondos a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE, con el propósito de que se cumpla con el cumplimiento a lo establecido en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2008 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción".

1. Que los recursos y/o activos que entregue/n y entregaré/n a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE provienen de las siguientes fuentes (salario, ocupación, profesión, negocio, etc.)

   Terapia Ocupacional

2. Que estos dineros no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que la adicione, complemente o modifique).
3. No admito 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 la adicione, complemente o modifique), o realicen transacciones destinadas a esas actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Así mismo declaro que los recursos que resulte de pago de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE se destinarán a actividades lícitas.
5. Informaré oportunamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Autorizo a ello hoy hago, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE a que acceda a la revisión de los documentos en que me/nos apoyo/amos, en caso de requerirlo de conformidad con la normatividad aplicable y en el eventual caso de que por aplicación de nuevas normatividades con posterioridad a la fecha de esta declaración se modifiquen los elementos previstos por el ordenamiento establecido por el Estado a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE, de esta responsabilidad que me tocara por información errónea, falsa o engañosa que yo hubiese proporcionado en esta declaración, o de la violación de reglas.
7. Me comprometo y obligo a actualizar la información una vez cada año, los datos e documentos que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE.

10. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1. Trabajador: Certificado de pensión y desprendibles de pago de los últimos tres meses y declaración de Renta si es obligado.
2. Profesional independiente: Declaración de renta si es obligado.

Contribuyentes por ARS:

Unión Temporal: RUT

6.1 Fotocopia del Registro

6.2 Fotocopia del documento de identidad vigente de [illegible]

6.3 Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable (si esta vigente o devengo)

6.4 Estados Financieros del último periodo fiscal, expedidos de conformidad con el marco vigente, certificados por contador según sea el caso (Obligados a llevar contabilidad)

11. AUTORIZACIÓN REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO: AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA REPORTAR, CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS CONFORME CONSULTA Y CONDICIÓN DE SERVICIOS A LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL ÚNICAMENTE FACULTADAS Y A LA PROVENIENTE DE OTRAS FUENTES.

[illegible]

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL (CIRCULAR 009/2016)	CÓDIGO: AP-GF-F-24-09
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN FINANCIERA	VERSIÓN: 3 PÁGINA: 1 DE 3 FECHA: 09/05/2019

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son requisito atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a 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 contenidas en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente

12.1. AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE, identificada con Nit 900.971.006-4, ubicada en la Calle 66 No 15-41 (sede Administrativa), teléfono 3 49 90 80 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma ESE antes mencionada.

Declaro expresamente

* Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministraremos 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) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

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

3. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tener la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fiscalía, 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 respondertas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.

6. DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

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

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 los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán: a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Calle 66 No 15-41 Bogotá DC, teléfono 349 90 80, e-mail sartaft@subrednorte.gov.co) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.

9. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y 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 VERÍDICA EN TODAS SUS PARTES.

Firma Cliente / Representante Legal

Huella Índice Derecho

14. VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN

1. Ciudad y fecha:	
2. Nombre y Cargo de quien verifica:	
3. Lugar de la verificación:	
4. Observaciones:	
5. Firma:	