
		FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL (CIRCULARES 009/2016_005-5/2022) SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA		CÓDIGO AP-GF-F-24-04 VERSIÓN 4 PÁGINAS 1 DE 3 FECHA: 15/05/2022	
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 .2023/02/28			
1. CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN (MARCA CON X)					
SERVIDOR PÚBLICO <input type="checkbox"/>		CONTRATISTA OPS <input checked="" type="checkbox"/>		PARTICULAR <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUAL: _____	
2. DATOS DE LA PERSONA NATURAL					
PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		PRIMER APELLIDO	
BETTY				MARIN LOPEZ	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		No IDENTIFICACIÓN		LUGAR Y FECHA EXPEDICIÓN: (A/M/D)	
CEDULA DE CIUDADANÍA <input checked="" type="checkbox"/>		66771608		PALMIRA 23 7 1992	
CEDULA DE EXTRANJERÍA <input type="checkbox"/>				LUGAR Y FECHA NACIMIENTO: (A/M/D)	
PASAPORTE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUAL: _____				PEREIRA 28 3 1974	
				NACIONALIDAD	
				COLOMBIANA	
ESTADO CIVIL		NUMERO DE HIJOS		PERSONAS A CARGO	
SOLTERO(A) <input checked="" type="checkbox"/> CASADO(A) <input type="checkbox"/> OTRO CUAL: _____		0		0	
				TELÉFONO CELULAR	
				315295288	
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA					
MAGISTER <input type="checkbox"/> POSGRADO <input type="checkbox"/> UNIVERSITARIO <input checked="" type="checkbox"/> BACHILLER <input type="checkbox"/> TECNÓLOGO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUAL: _____		PROFESIÓN/OFICIO			
		TERAPEUTA OCUPACIONAL			
DIRECCIÓN RESIDENCIA:		CIUDAD RESIDENCIA		DEPARTAMENTO RESIDENCIA	
CRA 72 BIS 81a05		BOGOTÁ D.C		BOGOTÁ	
				PAÍS RESIDENCIA	
				COLOMBIA	
				TELÉFONO RESIDENCIA	
				315295288	
CORREO ELECTRÓNICO:		PORTAL O PAGINA INTERNET		TIPO DE VIVIENDA	
BETTYM.D@HOTMAIL.COM		NA		PROPIA <input type="checkbox"/> FAMILIAR <input type="checkbox"/> ARRENDADA <input checked="" type="checkbox"/>	
DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)		CIUDAD:		DEPARTAMENTO:	
NA		NA		NA	
				PAÍS:	
				NA	
				TELÉFONO/FAX	
				NA	
3. DATOS DEL CÓNYUGE/ COMPAÑERO PERMANENTE					
PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		PRIMER APELLIDO	
NA		NA		NA	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		No IDENTIFICACIÓN		LUGAR Y FECHA EXPEDICIÓN: (A/M/D)	
CEDULA DE CIUDADANÍA <input type="checkbox"/>		NA		NA	
CEDULA DE EXTRANJERÍA <input type="checkbox"/>		NA		NA	
PASAPORTE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUAL: _____		NA		NA	
				NACIONALIDAD	
				NA	
4. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA: (ÚLTIMO PERIODO DECLARADO)					
EMPLEADO PÚBLICO <input type="checkbox"/>		PENSIONADO <input type="checkbox"/>		CONTRATISTA <input checked="" type="checkbox"/> PROFESIONAL INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUAL: _____	
				TERAPIA OCUPACIONAL	
INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE SEÑALE CON UNA EQUIS (X)					
DECLARA RENTA <input 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 CIU ACTIVIDAD ECONÓMICA: _____ PRINCIPAL: _____	
FUNCIONARIO PÚBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS		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"/>		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E	
ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA				NUMERO DE NIT	
				900.971.006-4	
GOBIERNO <input type="checkbox"/>		FINANCIERA <input type="checkbox"/>		SERVICIOS <input checked="" type="checkbox"/> SALUD <input type="checkbox"/> TECNOLOGÍA <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/> CUAL: _____	
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA		TELÉFONO		CIUDAD/MUNICIPIO	
CALLE 66 15-41		583030		BOGOTÁ	
CARGO ACTUAL		TERAPEUTA OCUPACIONAL		FECHA VINCULACIÓN	
				.2022/05/20	
5. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO (Si aplica)					
NUMERO DE EMPLEADOS		VENTAS ANUALES		CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	
NA		NA		NA	
				DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD	
				NA	
				FECHA CONSTITUCIÓN	
				NA	
				TIPO SOCIEDAD	
				NA	
6. INFORMACIÓN FINANCIERA					
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES \$ 2.000.000.00		AHORROS 100000	
HONORARIOS 3.735.000		ARRIENDOS \$ 600.000.00		INVERSIONES	
ARRIENDOS		CUOTA VEHÍCULO		VEHÍCULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA \$ 600.000.00		PROPIEDADES	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS* \$ 600.000.00		OTROS ACTIVOS*	
TOTAL INGRESOS \$ 3.735.000		TOTAL EGRESOS \$ 3.600.000		TOTAL ACTIVOS \$ 100.000	
DESCRIPCIÓN OTROS INGRESOS		DESCRIPCIÓN OTROS EGRESOS		DESCRIPCIÓN OTROS ACTIVOS	
NA		NA		NA	
				PASIVOS	
				SALDO HIPOTECA \$ 7.000.000.00	
				TARJETAS DE CRÉDITO \$ 5.000.000.00	
				DEUDA VEHÍCULOS	
				DEUDAS TERCEROS	
				OTROS PASIVOS*	
				TOTAL PASIVOS \$ 12.000.000	
				DESCRIPCIÓN OTROS PASIVOS	
				NA	

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, 005/2022) SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE GESTIÓN FINANCIERA		CÍRCULO APQF E-24/04 VERSIÓN 4 PÁGINAS 2 DE 3 FECHA 15/06/2022	
7. REFERENCIAS PERSONALES (No debe ser familiar al cliente o contraparte y debe ser localizable en Storán (laboral))					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
BOTOMAYOR	PERNET	KARINA	NA		
DIRECCIÓN	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAÍS	TIPO RELACIÓN	TELÉFONO FIJO / TIPO EXTENSIÓN/CELULAR		
CRA 72 BIS #1A-05	COLOMBIA	AMIGA	315243994		
8. REFERENCIA FINANCIERA					
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO	SUCURSAL	TELÉFONO	
COLPATRIA	CUENTA AHORROS	4542004941	CHAPINERO	7581918	
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>					
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO	PAÍS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO
NA	NA	NA	NA	NA	NA
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:					
OBSERVACIONES: Con el diligenciamiento de este formulario se da cumplimiento al Proceso de Conocimiento del Cliente o contraparte- debida diligencia, conforme a lo establecido en las Circulares No 009/2016 005-5/2022, expedidas por la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter obligatorio y forma parte de las Políticas, enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo, Proliferación de armas de destrucción masiva, Sistema de Corrupción, Opacidad y Fraude SICOF, de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud.					
9. DECLARACIÓN DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE, con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":					
1. Que los recursos y/o elementos que entregue y entregará a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.): TERAPEUTA OCUPACIONAL 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 vincula (n) con la SUBRED, en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo. 7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE.					
10. DOCUMENTOS REQUERIDOS					
1. Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses y declaración de Renta si es declarante. 2. Profesional independiente: Declaración de renta si es declarante. Contratistas por OPS 4.1. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT. 4.2. Fotocopia inscripción en el RIT Distrital. 4.3. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%. 4.4. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)					
11. AUTORIZACIÓN REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO: - AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA REPORTAR, CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICIA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES.					
12. CONSIDERACIONES					
1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente o contraparte- persona natural, están regidos de acuerdo a las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y Control del Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo, Proliferación de armas de destrucción masiva y de acuerdo al sistema de Corrupción, Opacidad y Fraude SICOF, adoptado por la Subred Norte ESE. 2. Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran 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 requerirá de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley. 3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes. 4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales.					
12.1. AUTORIZACIÓN Ante la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE, identificada con Nit 900 971 006-4 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma ESE antes mencionada. Declaro expresamente: * Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministraré 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 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; i) Envío de información de Sujetos de tributación a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables; k) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia; l) La prevención y control de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo, proliferación de armas de destrucción masiva y el sistema SICOF. 2. TRATAMIENTO: El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.					

