 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.		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-SF-4-24-04 VERSIÓN: 4 PÁGINAS: 1 DE 3 FECHA: 15/06/2022					
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:									
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		SEGUNDO APELLIDO			
Yadels		Del Carmen		Rosa		Marquez			
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		No IDENTIFICACIÓN		LUGAR Y FECHA EXPEDICIÓN: (A/M/D)		LUGAR Y FECHA NACIMIENTO: (A/M/D)		NACIONALIDAD	
CEDULA DE CIUDADANÍA <input checked="" type="checkbox"/>		1045755084		Barranquilla		Caracas - Venezuela		Colombiana.	
CEDULA DE EXTRANJERÍA <input type="checkbox"/>				12-12-2016		15-02-1990			
PASAPORTE <input type="checkbox"/>		OTRO <input type="checkbox"/>		CUAL:					
ESTADO CIVIL				NUMERO DE HIJOS		PERSONAS A CARGO		TELÉFONO CELULAR	
SOLTERO(A) <input checked="" type="checkbox"/>				CASADO(A) <input type="checkbox"/>		OTRO CUAL:		N/A	
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA				PROFESIÓN/OFICIO					
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:		Enfermera	
DIRECCIÓN RESIDENCIA:		CIUDAD RESIDENCIA		DEPARTAMENTO RESIDENCIA		PAÍS RESIDENCIA		TELÉFONO RESIDENCIA	
Carrera 77P #55-29		Bogotá		Cundinamarca		Colombia		3006662377	
CORREO ELECTRÓNICO:		PORTAL O PÁGINA INTERNET		TIPO DE VIVIENDA					
yadels-9@hotmail.com		N/A		PROPIA <input checked="" type="checkbox"/>		FAMILIAR <input type="checkbox"/>		APRENDIDA <input type="checkbox"/>	
DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)		CIUDAD:		DEPARTAMENTO:		PAÍS:		TELÉFONO/FAX	
N/A		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)		NACIONALIDAD	
CEDULA DE CIUDADANÍA <input type="checkbox"/>		N/A		N/A		N/A		N/A	
CEDULA DE EXTRANJERÍA <input type="checkbox"/>									
PASAPORTE <input type="checkbox"/>		OTRO <input type="checkbox"/>		CUAL:					
4. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA: (ULTIMO 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:	
INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE SEÑALE CON UNA EQUIS (X)									
DECLARA RENTA <input type="checkbox"/>						AGENTE RETENEDOR <input type="checkbox"/>		IVA <input type="checkbox"/>	
GRAN CONTRIBUYENTE <input type="checkbox"/>						AGENTE AUTORETENEDOR <input type="checkbox"/>		CÓDIGO CIU ACTIVIDAD ECONÓMICA: PRINCIPAL: 8650	
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 Norte	
ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA						NUMERO DE NIT			
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"/>	
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA		TELÉFONO		CIUDAD/MUNICIPIO		DEPARTAMENTO		PAÍS	
Calle 66 # 15-41		4431790		Bogotá		Cundinamarca		Colombia	
CARGO ACTUAL		FECHA VINCULACIÓN							
5. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO (Si aplica)									
NUMERO DE EMPLEADOS		VENTAS ANUALES		CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA		DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD		FECHA CONSTITUCIÓN TIPO SOCIEDAD	
N/A		N/A		N/A		N/A		N/A N/A	
6. INFORMACIÓN FINANCIERA									
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS			
SALARIOS 3.400.000		GASTOS FAMILIARES 800.000		AHORROS 0		SALDO HIPOTECA 0			
HONORARIOS 0		ARRIENDOS 0		INVERSIONES 0		TARJETAS DE CRÉDITO 0			
ARRIENDOS 0		CUOTA VEHÍCULO 0		VEHÍCULOS 0		DEUDA VEHÍCULOS 0			
COMISIONES 0		CUOTA VIVIENDA 1.200.000		PROPIEDADES 0		DEUDAS TERCEROS 0			
OTROS INGRESOS* 0		OTROS EGRESOS* 500.000		OTROS ACTIVOS* 0		OTROS PASIVOS* 0			
TOTAL INGRESOS \$0 3.400.000		TOTAL EGRESOS \$0 2.500.000		TOTAL ACTIVOS \$0 0		TOTAL PASIVOS \$0 0			
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.)

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
Herrera		Jhany	Alexander
DIRECCIÓN	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAÍS	TIPO RELACIÓN	TELÉFONO Fijo y/o EXTENSIÓN/CELULAR
Kr 19 b # 49-25	Barranquilla Colombia	Amigo	31 068 30578

8. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELÉFONO	
Davivienda	Cuenta de ahorros	476170030508	Kennedy	6013383838	
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA:					
SI <input type="checkbox"/>		NO <input checked="" type="checkbox"/>			
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 <input type="checkbox"/>	EXPORTACIÓN <input type="checkbox"/>	TRANSFERENCIAS <input type="checkbox"/>	IMPORTACIÓN <input type="checkbox"/>	PRESTAMOS <input type="checkbox"/>	OTRA <input type="checkbox"/> CUAL: N/A

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.):

Servicios de enfermería

- 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)
- 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.
- 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.
- Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
- 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.
- 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

- Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses y declaración de Renta si es declarante.
- Profesional Independiente: Declaración de renta si es declarante.
- Contratistas por OPS:
 - Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
 - Fotocopia Inscripción en el RIT Distrital.
 - Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
 - Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)

3.

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

- 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.
- 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.
- Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes.
- Que los datos también serán tratados para fines comerciales.

12.1. AUTORIZACIÓN


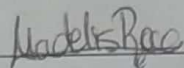

Ante la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE, identificada con Nit 900.971.006-4 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma ESE antes mencionada. Declaro expresamente:

- 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 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.

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL (CIRCULARES 009/2016_005-5/2022)		CÓDIGO: AP-GF-F-24-04 VERSIÓN: 4
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA		PÁGINAS: 3 DE 3 FECHA: 15/06/2022
	<p>3. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidad mencionada a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y 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 adelanta 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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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 ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, en desarrollo de lo previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán: a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE que se comparten, 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 sartaft@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 SICO.</p> <p>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.</p>		
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:			