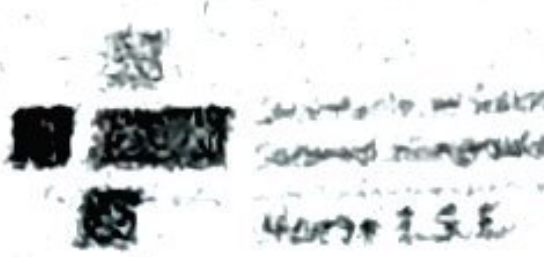
 Ministerio de Salud y Protección Social Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.		<b>FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE</b> <b>PERSONA NATURAL (CIRCULARES 009/2016, 005-5/2022)</b> SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA				CÓDIGO AP-02-F-24-04 VERSIÓN 4 PÁGINAS 1 DE 3 FECHA 15/04/2022	
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/ PAIS Y FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:		Bogotá 26 de Febrero de 2023					
1. CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN (MARCA CON X)							
SERVIDOR PUBLICO <input type="checkbox"/>		CONTRATISTA OPS <input 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:	
Lbardo		Lorenzo de Jesus		Ortiz		Pincan	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		No IDENTIFICACIÓN		LUGAR Y FECHA EXPEDICIÓN: (A/M/D)		LUGAR Y FECHA NACIMIENTO (A/M/D)	
CEDULA DE CIUDADANIA <input checked="" type="checkbox"/>		CEDULA DE EXTRANJERIA <input type="checkbox"/>		PASAPORTE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUAL: _____		1057456382	
ESTADO CIVIL				NUMERO DE HIJOS		PERSONAS A CARGO	
SOLTERO(A) <input checked="" type="checkbox"/> CASADO(A) <input type="checkbox"/> OTRO CUAL: _____						2	
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA				PROFESIÓN/OFICIO		TELÉFONO CELULAR	
MAGISTER <input type="checkbox"/> POSGRADO <input type="checkbox"/> UNIVERSITARIO <input type="checkbox"/> BACHILLER <input type="checkbox"/> TECNÓLOGO <input type="checkbox"/> OTRO <input checked="" type="checkbox"/> CUAL: Técnico						3107570378	
DIRECCIÓN RESIDENCIA:		CIUDAD RESIDENCIA		DEPARTAMENTO RESIDENCIA		PAIS RESIDENCIA	
Cra 26 # 38-15		Bogotá		Cundinamarca		Colombia	
CORREO ELECTRÓNICO:		PORTAL O PAGINA INTERNET		PROPIA <input type="checkbox"/> FAMILIAR <input type="checkbox"/> ARRENDADA <input type="checkbox"/>		TELÉFONO RESIDENCIA	
ortizlbardo01@gmail.com						3107570378	
DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)		CIUDAD:		DEPARTAMENTO:		PAIS:	
3. DATOS DEL Cónyuge/ COMPANERO PERMANENTE							
PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		No IDENTIFICACIÓN		LUGAR Y FECHA EXPEDICIÓN: (A/M/D)		LUGAR Y FECHA NACIMIENTO: (A/M/D)	
CEDULA DE CIUDADANIA <input type="checkbox"/>		CEDULA DE EXTRANJERIA <input type="checkbox"/>		PASAPORTE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUAL: _____			
4. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA: (ULTIMO PERIODO DECLARADO)							
EMPLEADO PUBLICO <input checked="" type="checkbox"/>		PENSIONADO <input type="checkbox"/>		CONTRATISTA <input 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"/> ICA <input type="checkbox"/>		CODIGO CIU ACTIVIDAD ECONOMICA: _____ PRINCIPAL: _____	
GRAN CONTRIBUYENTE <input type="checkbox"/>		AGENTE AUTORETENEDOR <input type="checkbox"/>					
FUNCIONARIO PUBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA			
SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>					
ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA				NUMERO DE NIT			
GOBIERNO <input type="checkbox"/>		FINANCIERA <input type="checkbox"/>		SERVICIOS <input type="checkbox"/>		SALUD <input checked="" type="checkbox"/> TECNOLOGIA <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/> CUAL _____	
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA		TELÉFONO		CIUDAD/MUNICIPIO		DEPARTAMENTO	
CARGO ACTUAL				FECHA VINCULACIÓN			
5. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO (Si aplica)							
NUMERO DE EMPLEADOS		VENTAS ANUALES		CÓDIGO ACTIVIDAD ECONOMICA		DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD	
6. INFORMACIÓN FINANCIERA							
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES		AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CRÉDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHÍCULO		VEHÍCULOS		DEUDA VEHÍCULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS \$ 0		TOTAL EGRESOS \$ 0		TOTAL ACTIVOS \$ 0		TOTAL PASIVOS \$ 0	
DESCRIPCIÓN OTROS INGRESOS		DESCRIPCIÓN OTROS EGRESOS		DESCRIPCIÓN OTROS ACTIVOS		DESCRIPCIÓN OTROS PASIVOS	
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	CÓDIGO: AP-GF-F-24-04
	PERSONA NATURAL (CIRCULARES 009/2016_005-5/2022)	VERSIÓN: 4
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E S E	PÁGINAS: 2 DE 3
	GESTIÓN FINANCIERA	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
Koren	Novaleda	Donela	
DIRECCIÓN	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAÍS	TIPO RELACIÓN	TELÉFONO FIJO Y/O EXTENSIÓN/CELULAR
Medellín	Medellín	Amiga - Colega	301 702 9619

8. REFERENCIA FINANCIERA			
HOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL
BANCO DE BOGOTA	CTA DE AHORROS	1057466382	

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA:		SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
HOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAÍS/CIUDAD

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 <input type="checkbox"/>	

**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 entregare 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 admitir 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 efectuar transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.

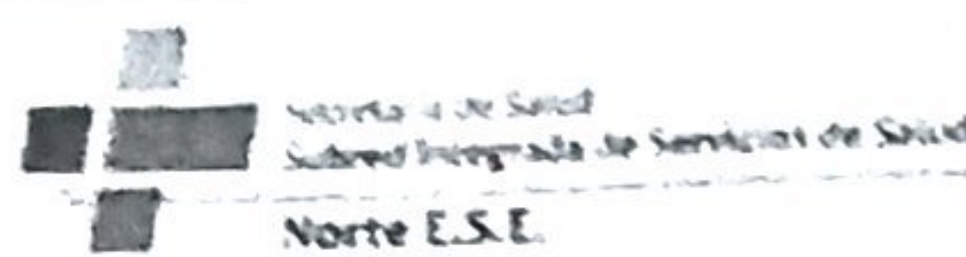
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE se destinarán a actividades lícitas.

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>FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE</b>		<b>CÓDIGO:</b> AP-GF-F-24-04
	<b>PERSONA NATURAL (CIRCULARES 009/2016_005-5/2022)</b>		<b>VERSIÓN:</b> 4
	<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E</b>		<b>PÁGINAS:</b> 3 DE 3
	<b>GESTIÓN FINANCIERA</b>		<b>FECHA:</b> 15/08/2022

**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, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivadas de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. c) 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. d) 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.

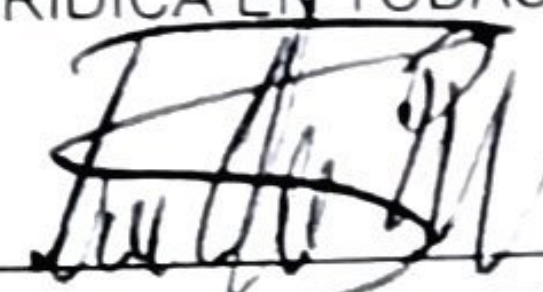
**7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN:** Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

**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: [sarlat@subrednorte.gov.co](mailto:sarlat@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 LEIDO, 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)

Ciudad y fecha	
Nombre y Cargo de quien verifica:	
Lugar de la verificación:	
Observaciones:	
Firma:	