

 Ministerio 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-GF-F-24-04 VERSION: 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: <u>Bogotá / Colombia 13 de abril de 2023</u>					
1. CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN (MARCA CON X)					
SERVIDOR PÚBLICO ☐		CONTRATISTA OPS ☒		PARTICULAR ☐ OTRO ☐ CUAL: _____	
2. DATOS DE LA PERSONA NATURAL					
PRIMER NOMBRE <u>Giancarlo</u>		SEGUNDO NOMBRE <u>N/A</u>		PRIMER APELLIDO <u>Patiño</u>	
SEGUNDO APELLIDO <u>Mata</u>					
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		No IDENTIFICACIÓN		LUGAR Y FECHA EXPEDICIÓN (A/M/D)	
CEDULA DE CIUDADANÍA ☒		CEDULA DE EXTRANJERÍA ☐		LUGAR Y FECHA NACIMIENTO (A/M/D)	
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: _____		<u>73207606</u>		<u>Cartagena 2002/06/13</u>	
ESTADO CIVIL		NÚMERO DE HIJOS		PERSONAS A CARGO	
SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☒ OTRO CUAL: _____		<u>1</u>		<u>1</u>	
TELÉFONO CELULAR		<u>3013902183</u>			
3. NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA					
MAGISTER ☐ POSGRADO ☒ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER ☐ TECNÓLOGO ☐ OTRO ☐ CUAL: _____		PROFESIÓN/OFICIO <u>Psiquiatra</u>			
DIRECCIÓN RESIDENCIA: <u>Carrera 38 # 57-29</u>		CIUDAD RESIDENCIA <u>Bogotá</u>		DEPARTAMENTO RESIDENCIA <u>Cundinamarca</u>	
PAÍS RESIDENCIA <u>Colombia</u>		TELÉFONO RESIDENCIA <u>6019368187</u>			
CORREO ELECTRÓNICO: <u>gia.patiño@gmail.com</u>		PORTAL O PÁGINA INTERNET <u>N/A</u>		TIPO DE VIVIENDA	
PROPIA ☐ FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☒					
DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)		CIUDAD:		DEPARTAMENTO:	
PAÍS:		TELÉFONO/FAX			
3. DATOS DEL CÓNYUGE/ COMPAÑERO PERMANENTE					
PRIMER NOMBRE <u>Melissa</u>		SEGUNDO NOMBRE <u>Paola</u>		PRIMER APELLIDO <u>Guerra</u>	
SEGUNDO APELLIDO <u>Rubio</u>					
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		No IDENTIFICACIÓN		LUGAR Y FECHA EXPEDICIÓN (A/M/D)	
CEDULA DE CIUDADANÍA ☒		CEDULA DE EXTRANJERÍA ☐		LUGAR Y FECHA NACIMIENTO (A/M/D)	
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: _____		<u>1010794270</u>		<u>Bogotá Duitama 2012/07/03 1994/05/06</u>	
NACIONALIDAD <u>Colombiana</u>					
4. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA: (ÚLTIMO PERÍODO DECLARADO)					
EMPLEADO PÚBLICO ☐ PENSIONADO ☐ CONTRATISTA ☒ PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐ OTRO ☒ CUAL: <u>Nueva Vincubccn</u>					
INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE SEÑALE CON UNA EQUIS (X)					
DECLARA RENTA ☒		AGENTE RETENEDOR ☐ IVA ☐ ICA ☐			
GRAN CONTRIBUYENTE ☐		AGENTE AUTORETENEDOR ☐		CÓDIGO CIU ACTIVIDAD ECONÓMICA: _____ PRINCIPAL: <u>86.21</u>	
FUNCIONARIO PÚBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONÓMICA	
SI ☐ NO ☒		SI ☐ NO ☒		<u>N/A</u>	
ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA					
GOBIERNO ☐ FINANCIERA ☐ SERVICIOS ☐ SALUD ☐ TECNOLOGÍA ☐ OTRA ☐ CUAL: _____					
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA		TELÉFONO		CIUDAD/MUNICIPIO	
<u>N/A</u>		<u>N/A</u>		<u>N/A</u>	
CARGO ACTUAL		TELÉFONO		FECHA VINCULACIÓN	
<u>N/A</u>		<u>N/A</u>		<u>N/A</u>	
5. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO (Si aplica)					
NÚMERO DE EMPLEADOS		VENTAS ANUALES		CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	
<u>N/A</u>		<u>N/A</u>		<u>N/A</u>	
DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD		FECHA CONSTITUCIÓN		TIPO SOCIEDAD	
<u>N/A</u>		<u>N/A</u>		<u>N/A</u>	
6. INFORMACIÓN FINANCIERA					
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS	
SALARIOS <u>9.000.000</u>		GASTOS FAMILIARES <u>6.000.000</u>		AHORROS <u>0</u>	
HONORARIOS <u>0</u>		ARRIENDOS <u>2.300.000</u>		INVERSIONES <u>0</u>	
ARRIENDOS <u>0</u>		CUOTA VEHICULO <u>0</u>		VEHICULOS <u>40.000.000</u>	
COMISIONES <u>0</u>		CUOTA VIVIENDA <u>0</u>		PROPIEDADES <u>0</u>	
OTROS INGRESOS* <u>0</u>		OTROS EGRESOS* <u>0</u>		OTROS ACTIVOS* <u>0</u>	
TOTAL INGRESOS <u>9.000.000</u>		TOTAL EGRESOS <u>8.300.000</u>		TOTAL ACTIVOS <u>40.000.000</u>	
DESCRIPCIÓN OTROS INGRESOS		DESCRIPCIÓN OTROS EGRESOS		DESCRIPCIÓN OTROS ACTIVOS	
<u>Nueva Vincubccn</u>		<u>Nueva Vincubccn</u>		<u>Nueva Vincubccn</u>	
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) SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA		CÓDIGO: AP-GF-F-24-04 VERSION: 4 PÁGINAS: 2 DE 3 FECHA: 15/06/2022			
7. REFERENCIAS PERSONALES					
PRIMER APELLIDO <u>Esquivia</u>		SEGUNDO APELLIDO <u>Mojica</u>		PRIMER NOMBRE <u>Daniel</u>	
SEGUNDO NOMBRE <u>de Jesus</u>					
DIRECCIÓN <u>Vrb. Villa Sandra, Manana Clt 22</u>		CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAÍS <u>Cartagena/Bolivar/Colombia</u>		TIPO RELACIÓN <u>Amigo</u>	
TELÉFONO Fijo/Y70 EXTENSIÓN/CELULAR <u>3156255944</u>					
8. REFERENCIA FINANCIERA					

3. **USUARIOS DE LA INFORMACIÓN:** Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las 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. 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 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 adelantes gestiones 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.

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, transmita, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal a) 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 sarilaft@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.

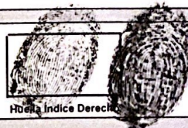
9. **AUTORIZACIÓN:** De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizo, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

13. FIRMA Y HUELLA

SE FIRMA EL PRESENTE DOCUMENTO COMO CONSTANCIA DE HABER SIDO, 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:	