

7. REFERENCIAS PERSONALES			
(Se debe por familia al cliente con el cliente o contraparte y debe por facultativo en Atención Laboral)			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
DIRECCIÓN	CUIDAD/DEPARTAMENTO/PAÍS	TIPO RELACIÓN	TÉLEFONO FIJO Y/O EXTENSIÓN/CELULAR

8. REFERENCIA FINANCIERA				
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO	SUCURSAL	TÉLEFONO
DaviVivienda	Cuenta Ahorro	48841907416		

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☐

DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS												
PAGO SERVICIOS	☐	EXPORTACIÓN	☐	TRANSFERENCIAS	☐	IMPORTACIÓN	☐	PRESTAMOS	☐	OTRA	☐	CUAL:

OBSERVACIONES: Con el diligenciamiento de este formulario se da cumplimiento al Proceso de Conocimiento del Cliente o contraparte, de acuerdo 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 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

9. DECLARACIÓN DEL ORIGEN DE LOS DINEROS Y Bienes

Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando fe 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 establecido al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1021 de 2006 y 1474 de 2011, Estatuto Anticorrupción.

1. Que los recursos y/o elementos que entregue y entregue a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE, provengan 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 adiciona, complementa o modifique)

3. Que los recursos y/o elementos que entregue y entregue a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE, provengan de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.)

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, todos los derechos previstos en la Ley 1268 de 2008 y 1581 de 2012, es 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, todas las cuales se integran en el subsector de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se consignar en el presente formulario, 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: sari@subrednorte.gov.co) y cualquier otra persona jurídica legítimamente autorizada por 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 el Sistema de Corrupción, Opacidad y Fraude SICOF.

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 SUELLA	
SE FIRMA EL PRESENTE DOCUMENTO COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO SU CONTENIDO, SE DECLARA QUE LA INFORMACIÓN	
Firma Cliente / Representante Legal	Sueño Cliente / Representante Legal

14. VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN (USO EXCLUSIVO DE LA SUBRED NORTE ESE)	
1. Ciudad y fecha	
2. Nombre y Cargo de quien verif	