

 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 PÁGINAS: 1 DE 3 FECHA: 15/06/2022	
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA			
	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 ☐ CONTRATISTA ☒ PARTICULAR ☐ OTRO ☐ CUAL: _____				
2. DATOS DE LA PERSONA NATURAL				
PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		PRIMER APELLIDO
Daniela		Marta		Pardo
SEGUNDO APELLIDO:		Sone.		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		No IDENTIFICACIÓN	LUGAR Y FECHA EXPEDICIÓN: (A/M/D)	LUGAR Y FECHA NACIMIENTO: (A/M/D)
CEDULA DE ☒ IDENTIFICACIÓN CEDULA DE ☐ IDENTIFICACIÓN PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: _____		1025320631	24-05-73 Pano	13-05-1995 Bartu
NACIONALIDAD		Colombiana		
ESTADO CIVIL		NUMERO DE HIJOS	PERSONAS A CARGO	TELÉFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ OTRO CUAL: _____				322614350
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA				PROFESIÓN/ OFICIO
MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☒ BACHILLER ☐ TECNÓLOGO ☐ OTRO ☐ CUAL: _____				Medico
DIRECCIÓN RESIDENCIA:		CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO RESIDENCIA	PAÍS RESIDENCIA
Calle 64 a #10-45 Chorro		Bogota	Cundinamarca	Colombia
TELÉFONO RESIDENCIA		322614350		
CORREO ELECTRÓNICO:		PORTAL O PAGINA INTERNET		TIPO DE VIVIENDA
Danebrentsana958@gmail.				PROPIA ☐ FAMILIAR ☐ ARRENDAD ☒
DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)		CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAÍS:
3. DATOS DEL CÓNYUGE/ COMPAÑERO 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 ☐ IDENTIFICACIÓN CEDULA DE ☐ IDENTIFICACIÓN PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: _____				
NACIONALIDAD				
4. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA: (ULTIMO PERIODO DECLARADO)				
EMPLEADO PÚBLICO ☐ PENSIONADO ☐ CONTRATISTA ☐ PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐ OTRO ☒ CUAL: _____				
INFORMACIÓN TRIBUTARIA				
DECLARA RENTA ☒		AGENTE RETENEDOR ☐		IVA ☐ ICA ☐
GRAN CONTRIBUYENTE ☐		AGENTE AUTORETENEDOR ☐		CÓDIGO CIU ACTIVIDAD ECONÓMICA: PRINCIPAL: _____
FUNCIONARIO PÚBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONÓMICA
SI ☐ NO ☐		SI ☐ NO ☐		Selec Ltda - Clínica Occidente
ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA				NUMERO DE NIT
GOBIERNO ☐ FINANCIERA ☒ SERVICIOS ☐ SALUD ☐ TECNOLOGÍA ☐ OTRA ☐ CUA: _____				
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA		TELÉFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
Calle 14c #43-70 Joven		6023297351	Pasto	Nariño
CARGO ACTUAL		FECHA VINCULACIÓN		
Asesora				
5. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO (Si aplica)				
NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCIÓN
				TIPO SOC

6. INFORMACIÓN FINANCIERA							
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	5.600.000	GASTOS FAMILIARES	1500.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	— 0 —	ARRIENDOS	1.600.000	INVERSIONES	— 0 —	TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS	1.600.000	CUOTA VEHICULO	— 0 —	VEHICULOS	— 0 —	DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES	— 0 —	CUOTA VIVIENDA	— 0 —	PROPIEDADES	— 0 —	DEUDAS TERCEROS	5.000.000
OTROS INGRESOS*	1.100.000	OTROS EGRESOS*	500.000	OTROS ACTIVOS*	— 0 —	OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	8.300.000	TOTAL EGRESOS	3.100.000	TOTAL ACTIVOS	8.300.000	TOTAL PASIVOS	5.000.000
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.)

 Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE	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: 2 DE 3 FECHA: 15/06/2022
---	--	---

7. REFERENCIAS PERSONALES			
(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Moraria Laboral)			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Contreras	Cubides	KAROL	VIVIAN
DIRECCIÓN	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAÍS	TIPO RELACIÓN	TELÉFONO Fijo Y/O EXTENSIÓN/CELULAR
Cra 34B #4-45 Primavera bloque 1 # casa 1	Bogotá DC	Contraparte	3123553061

8. REFERENCIA FINANCIERA				
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO	SUCURSAL	TELÉFONO
Deviurpa	Ahorro	0530482140416	Bogotá	01-20022338
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☐				
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO	PAÍS/CIUDAD	MONEDA

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

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 SICOE, 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 tema 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":

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.):

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, complementa o modifique)

Yo 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, complementa o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.

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

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

Quando 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.

Se deriven 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