
 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: 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 / 3/05/2023</u>				
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 <u>Lady</u>		SEGUNDO NOMBRE <u>Katherine</u>		PRIMER APELLIDO <u>Parras</u>
SEGUNDO APELLIDO <u>Cardenas</u>				
TIPO DE IDENTIFICACIÓN CEDULA DE CIUDADANÍA <input checked="" type="checkbox"/> CEDULA DE EXTRANJERÍA <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUAL: _____		No IDENTIFICACIÓN <u>1.030.528.738</u>	LUGAR Y FECHA EXPEDICIÓN:(A/M/D) <u>2004/9/27</u>	LUGAR Y FECHA NACIMIENTO:(A/M/D) <u>1986/8/16</u>
NACIONALIDAD <u>Colombiana</u>				
ESTADO CIVIL SOLTERO(A) <input checked="" type="checkbox"/> CASADO(A) <input type="checkbox"/> OTRO CUAL: _____		NUMERO DE HIJOS <u>2</u>	PERSONAS A CARGO <u>2</u>	TELÉFONO CELULAR <u>3224088873</u>
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA				
MAGISTER <input type="checkbox"/> POSGRADO <input type="checkbox"/> UNIVERSITARIO <input checked="" type="checkbox"/> BACHILLER <input type="checkbox"/> TECNÓLOGO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUAL: _____				
PROFESIÓN/OFCIO <u>Licenciada en Educación Primaria</u>				
DIRECCIÓN RESIDENCIA: <u>Carrera 87 Blo #42 F 33 501</u>		CIUDAD RESIDENCIA <u>Bogotá</u>	DEPARTAMENTO RESIDENCIA <u>Bogotá</u>	PAÍS RESIDENCIA <u>Colombia</u>
CORREO ELECTRÓNICO: <u>LadyKatherine2016@gmail.com</u>		TELÉFONO RESIDENCIA <u>N/A</u>		
PORTAL O PÁGINA INTERNET <u>N/A</u>		TIPO DE VIVIENDA PROPIA <input type="checkbox"/> FAMILIAR <input type="checkbox"/> ARRENDADA <input checked="" type="checkbox"/>		
DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene) <u>N/A</u>		CIUDAD: <u>N/A</u>	DEPARTAMENTO: <u>N/A</u>	PAÍS: <u>N/A</u>
		TELÉFONO/FAX <u>N/A</u>		
3. DATOS DEL CÓNYUGE/ COMPAÑERO PERMANENTE				
PRIMER NOMBRE <u>N/A</u>		SEGUNDO NOMBRE <u>N/A</u>		PRIMER APELLIDO <u>N/A</u>
SEGUNDO APELLIDO <u>N/A</u>				
TIPO DE IDENTIFICACIÓN CEDULA DE CIUDADANÍA <input type="checkbox"/> CEDULA DE EXTRANJERÍA <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUAL: _____		No IDENTIFICACIÓN <u>N/A</u>	LUGAR Y FECHA EXPEDICIÓN:(A/M/D) <u>N/A</u>	LUGAR Y FECHA NACIMIENTO:(A/M/D) <u>N/A</u>
NACIONALIDAD <u>N/A</u>				
4. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA:(ÚLTIMO PERIODO DECLARADO)				
EMPLEADO PÚBLICO <input type="checkbox"/> PENSIONADO <input type="checkbox"/> CONTRATISTA <input type="checkbox"/> PROFESIONAL INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> OTRO <input checked="" type="checkbox"/> CUAL: <u>Nueva vinculación</u>				
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"/>				
GRAN CONTRIBUYENTE <input type="checkbox"/> AGENTE AUTORETENEDOR <input type="checkbox"/> CÓDIGO CIIU ACTIVIDAD ECONÓMICA: _____ PRINCIPAL: <u>3490</u>				
FUNCIONARIO PÚBLICO SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		
NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONÓMICA <u>N/A</u>				
ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA				
GOBIERNO <input type="checkbox"/> FINANCIERA <input type="checkbox"/> SERVICIOS <input type="checkbox"/> SALUD <input type="checkbox"/> TECNOLOGÍA <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/> CUAL: _____				
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA <u>N/A</u>		TELÉFONO <u>N/A</u>	CIUDAD/MUNICIPIO <u>N/A</u>	DEPARTAMENTO <u>N/A</u>
CARGO ACTUAL <u>N/A</u>		PAÍS <u>N/A</u>		
		FECHA VINCULACIÓN <u>N/A</u>		
5. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO (Si aplica)				
NUMERO DE EMPLEADOS <u>N/A</u>	VENTAS ANUALES <u>N/A</u>	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA <u>N/A</u>	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD <u>N/A</u>	FECHA CONSTITUCIÓN <u>N/A</u>
		TIPO SOCIEDAD <u>N/A</u>		
6. INFORMACIÓN FINANCIERA				
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS
PASIVOS				
SALARIOS <u>0</u>	GASTOS FAMILIARES <u>1.500.000</u>	AHORROS <u>0</u>	SALDO HIPOTECA <u>0</u>	
HONORARIOS <u>0</u>	ARRIENDOS <u>500.000</u>	INVERSIONES <u>0</u>	TARJETAS DE CRÉDITO <u>0</u>	
ARRIENDOS <u>0</u>	CUOTA VEHÍCULO <u>0</u>	VEHÍCULOS <u>0</u>	DEUDA VEHÍCULOS <u>0</u>	
COMISIONES <u>0</u>	CUOTA VIVIENDA <u>0</u>	PROPIEDADES <u>0</u>	DEUDAS TERCEROS <u>0</u>	
OTROS INGRESOS* <u>0</u>	OTROS EGRESOS* <u>0</u>	OTROS ACTIVOS* <u>0</u>	OTROS PASIVOS* <u>0</u>	
TOTAL INGRESOS <u>\$ 0</u>	TOTAL EGRESOS <u>\$ 2.000.000</u>	TOTAL ACTIVOS <u>\$ 0</u>	TOTAL PASIVOS <u>\$ 0</u>	
DESCRIPCIÓN OTROS INGRESOS <u>Nueva vinculación</u>		DESCRIPCIÓN OTROS EGRESOS <u>Nueva vinculación</u>		DESCRIPCIÓN OTROS PASIVOS <u>Nueva vinculación</u>
NOTA: Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados. (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)				
 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: 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 Horario Laboral)			
PRIMER APELLIDO <u>Quiróga</u>		SEGUNDO APELLIDO: <u>Garza</u>		PRIMER NOMBRE <u>Janeth</u>
SEGUNDO NOMBRE <u>N/A</u>				
DIRECCIÓN <u>Villavicencio</u>		CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAÍS <u>Villavicencio</u>		TIPO RELACIÓN <u>Amiga</u>
		TELÉFONO FIJO Y/O EXTENSIÓN/CELULAR <u>310 4614819</u>		
8. REFERENCIA FINANCIERA				
NOMBRE ENTIDAD <u>Banco Davivienda</u>		TIPO DE PRODUCTO <u>Cuenta de ahorros</u>	NUMERO <u>0350488425843841</u>	SUCURSAL <u>Centro</u>
		TELÉFONO <u>018000123838</u>		
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>				
NOMBRE ENTIDAD <u>N/A</u>		TIPO DE PRODUCTO <u>N/A</u>	NUMERO <u>N/A</u>	PAÍS/CIUDAD <u>N/A</u>
		MONEDA <u>N/A</u>		
		MONTO PROMEDIO <u>N/A</u>		
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: _____				
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				

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:	