


 FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL (CIRCULARES NOVENA, DIECISENTE Y VEINTY OCHO DE 2014) SUBSECTOR INTEGRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD NOROCCES S.S. DEPARTAMENTO FINANCIERO		CÓDIGO AP-07-F-24-24 VERSION 4 PÁGINAS 1 DE 3 FECHA 15/06/2022
CIRCULARES NOVENA DE 2014, DIECISENTE Y VEINTY OCHO DE 2014: "POLÍTICA DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE" DE DEBE DILIGENCIAR EL FORMULARIO EN SU TOTALIDAD. LO QUE NO APLIQUE O NO CORRESPONDA SE DEBE COLOCAR N/A. NO DEBEN QUEDAR CASILLAS EN BLANCO. LEA DETENIDAMENTE EL FORMULARIO. DE IGUAL FORMA DEBE ALLEGAR LA TOTALIDAD DE LA DOCUMENTACIÓN.		
CIUDAD, PAÍS Y FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: Bogotá, Colombia / 2023/04/17		
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: Adriana		SEGUNDO NOMBRE: Jiselt
PRIMER APELLIDO: Molina		SEGUNDO APELLIDO: Ojeda
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: Cédula de ciudadanía <input checked="" type="checkbox"/> Cédula de extranjería <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> CUAL:		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 10343892
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO (AÑO): Bogotá 2010/10/23		LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO (AÑO): Bogotá 1992/04/03
ESTADO CIVIL: Soltero <input checked="" type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		NÚMERO DE HIJOS: 1
PERSONAS A CARGO: 1		TELÉFONO CELULAR: 316279567
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA:		
MAGISTER <input type="checkbox"/> POSGRADO <input type="checkbox"/> UNIVERSITARIO <input type="checkbox"/> BACHILLER <input type="checkbox"/> TECNOLÓGICO <input type="checkbox"/> OTRO <input checked="" type="checkbox"/> CUAL: Técnico		
PROFESIÓN/OFICIO: Auxiliar en enfermería		
DIRECCIÓN RESIDENCIAL: Calle 42 #55-41		CIUDAD RESIDENCIAL: Bogotá
DEPARTAMENTO RESIDENCIAL: Cundinamarca		PAÍS RESIDENCIAL: Colombia
TELÉFONO RESIDENCIAL: 9283890		PORTAL O PÁGINA INTERNET: N/A
TIPO DE VIVIENDA: PROPIA <input type="checkbox"/> FAMILIAR <input checked="" type="checkbox"/> ARRENDADA <input type="checkbox"/>		
DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (SI HAY): N/A		
CIUDAD: N/A		
DEPARTAMENTO: N/A		
PAÍS: N/A		
TELÉFONO/FAX: N/A		
3. DATOS DEL CÓNYUGE/ COMPAÑERO PERMANENTE		
PRIMER NOMBRE: N/A		SEGUNDO NOMBRE: N/A
PRIMER APELLIDO: N/A		SEGUNDO APELLIDO: N/A
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: Cédula de ciudadanía <input type="checkbox"/> Cédula de extranjería <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> CUAL:		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: N/A
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO (AÑO): N/A		LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO (AÑO): N/A
ESTADO CIVIL: Soltero <input checked="" type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		NÚMERO DE HIJOS: N/A
PERSONAS A CARGO: N/A		TELÉFONO CELULAR: N/A
4. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA (ÚLTIMO PERÍODO DECLARADO)		
EMPLEADO PÚBLICO <input type="checkbox"/> PENSIONADO <input type="checkbox"/> CONTRATISTA <input checked="" 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"/> NA <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/>		
GRAN CONTRIBUYENTE <input type="checkbox"/> AGENTE AUTORETENEDOR <input type="checkbox"/> CÓDIGO CBU ACTIVIDAD ECONÓMICA: PRINCIPAL 86A9		
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: Unired Integrada de Servicios de Salud		
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: Calle 49C #57-40		
TELÉFONO: 4431790		
CIUDAD/MUNICIPIO: Bogotá		
DEPARTAMENTO: Cundinamarca		
PAÍS: Colombia		
CARGO ACTUAL: Analista de enfermería		
FECHA VINCULACIÓN: 15-07-2022		
5. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO (SI APLICA)		
NÚMERO DE EMPLEADOS: N/A	VENTAS ANUALES: NA	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA: N/A
DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD: N/A		FECHA CONSTITUCIÓN: N/A
TIPO SOCIEDAD: N/A		FECHA VINCULACIÓN: N/A
6. INFORMACIÓN FINANCIERA		
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES
SALARIOS: 0	GASTOS FAMILIARES: 600.000	ACTIVOS
HONORARIOS: 2'299.418	ARRENDOS: 0	PAIVOS
ARRENDOS: 0	CUOTA VEHÍCULO: 0	SAHOS: 0
COMISIONES: 0	CUOTA VIVIENDA: 0	INVERSIONES: 0
OTROS INGRESOS: 0	OTROS EGRESOS: 0	VEHÍCULOS: 0
TOTAL INGRESOS: 2'299.418	TOTAL EGRESOS: 600.000	PROPIEDADES: 0
DESCRIPCIÓN OTROS INGRESOS: N/A	DESCRIPCIÓN OTROS EGRESOS: N/A	OTROS ACTIVOS: 0
TOTAL ACTIVOS: 0	TOTAL PASIVOS: 0	OTROS PASIVOS: 0
DESCRIPCIÓN OTROS PASIVOS: N/A	DESCRIPCIÓN OTROS PASIVOS: N/A	DESCRIPCIÓN OTROS PASIVOS: N/A

NOTA: Todos los conceptos de ingresos deben estar debidamente sustentados (Arrendamientos, venta de bienes, retención de ingresos, etc.).

 MINISTERIO DE SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE 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 ESE GESTIÓN FINANCIERA		CÓDIGO AF-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 identificable en Verónica Liberti)				
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
Teller	Quintana	Brayan	Alberto	
DIRECCIÓN	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAÍS	TIPO RELACIÓN	TELÉFONO Fijo y/o EXTENSIÓN/CELULAR	
Cr 5D # 49-54	Bogotá / Colombia	Amigo	3193525483	
8. REFERENCIA FINANCIERA				
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO	SUCURSAL	TELÉFONO
Daivivenda	Alquiler	1582 7006 4983	Alamos	3383838
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA. SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>				
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO	PAÍS/CIUDAD	MONEDA
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
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 N/A				
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 Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo, Proliferación de armas de destrucción masiva, Sistema de Corrupción, Opacidad y Fraude SICOV 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 entregará a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, profesión, negocio, etc.): Técnico Auxiliar en enfermería				
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 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, complemente o modifique); ni efectuaré 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. 7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueran requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE.				
10. DOCUMENTOS REQUERIDOS				
1. Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses y declaración de Renta si es declarante. 2. Profesional independiente: Declaración de renta si es declarante. 3. Contratistas por OPS 4.1 Fotocopia del Registro Único Tributario: RUT 4.2 Fotocopia Inscripción en el RUT Distrital 4.3 Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%. 4.4 Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)				
11. AUTORIZACIÓN REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO: AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA REPORTAR, CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICIA, COMERCIAL, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAÍSES				
12. CONSIDERACIONES				
1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente o contraparte, persona natural, están regidos de acuerdo a las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud, y los estándares internacionales para la Prevención y Control del Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo, Proliferación de armas de destrucción masiva y de acuerdo al sistema de Corrupción, Opacidad y Fraude SICOV, adoptado por la Subred Norte ESE. 2. Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley. 3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes. 4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales.				
12.1. AUTORIZACIÓN				
Ante la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE, identificada con Nit 900.971.006-4 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma ESE antes mencionada. Declaro expresamente: * Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministraré mis datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud. * Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado expresamente: 1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Público, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios; b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos; c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre; d) El control y la prevención del riesgo; e) La liquidación y pago de cuentas; f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados; g) La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y en general estudios técnicos del sector salud; h) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud; i) Envío de información de Sujetos de tributación a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables; j) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia; l) La prevención y control de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo, proliferación de armas de destrucción masiva y al sistema SICOV. 2. TRATAMIENTO: El tratamiento podrá ser realizado directamente por dicha Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.				

 <p>Subred Norte ESE</p>	<p align="center">FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL (CIRCULARES 009/2016, 005-5/2022) SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE GESTIÓN FINANCIERA</p>	<p>CÓDIGO: AP-GF-F-24-04 VERSIÓN: 4 PÁGINAS: 3 DE 3 FECHA: 15/06/2022</p>										
<p>3. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidad mencionada 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 adelanta gestiones de 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.</p>												
<p>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.</p>												
<p>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.</p>												
<p>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.</p>												
<p>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.</p>												
<p>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 comparten, transfiera, transmitan, 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: sarilali@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 SICOF.</p>												
<p>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.</p>												
<p align="center">13. FIRMA Y HUELLA</p> <p>SE FIRMA EL PRESENTE DOCUMENTO COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO SU CONTENIDO. SE DECLARA QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES EXACTA Y VERDICA EN TODAS SUS PARTES.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div data-bbox="355 857 715 925"> <p><i>Adriana Jorshi Molina Cortes</i></p> <p>Firma Cliente / Representante Legal</p> </div> <div data-bbox="1161 790 1337 925">  Huella Índice Derecho </div> </div>												
<p align="center">14. VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN (USO EXCLUSIVO DE LA SUBRED NORTE ESE)</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%;">1. Ciudad y fecha:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. Nombre y Cargo de quien verifica:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. Lugar de la verificación:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. Observaciones:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5. Firma:</td> <td></td> </tr> </table>			1. Ciudad y fecha:		2. Nombre y Cargo de quien verifica:		3. Lugar de la verificación:		4. Observaciones:		5. Firma:	
1. Ciudad y fecha:												
2. Nombre y Cargo de quien verifica:												
3. Lugar de la verificación:												
4. Observaciones:												
5. Firma:												