

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

*CODIGO: AP-U

VERSIÓN: 4

PÁGINAS: 1

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: BOGOTÁ
09/05/2023

1. CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN (MARCA CON X)

SERVIDOR PÚBLICO ☐ NA CONTRATISTA OPS ☒ PARTICULAR ☐ NA OTRO ☐ NA CUAL:

2. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:
MARIA	ANGEL	BONILLA	JIMENEZ
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	No IDENTIFICACIÓN	LUGAR Y FECHA EXPEDICIÓN:(A/M/D)	LUGAR Y FECHA NACIMIENTO:(A/M/D) NACIONALIDAD AD
CEDULA DE CIUDADANÍA ☒	1026256251	BOGOTÁ 17 /03 / 2022	SAN BLAS 09/03/2004
CEDULA DE EXTRANJERÍA ☐ NA	NA	NA	NA NA
PASAPORTE ☐ NA OTRO ☐ NA CUAL: NA	NA	NA	NA NA

ESTADO CIVIL

SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ OTRO CUAL:

NUMERO DE HIJOS PERSONAS A CARGO

N/A N/A 3237877070

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA

MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER ☒ TECNÓLOGO ☒ OTRO ☐ CUAL: AUXILIAR ENFERMERIA

DIRECCIÓN RESIDENCIA:

CIUDAD RESIDENCIA

DEPARTAMENTO RESIDENCIA

PAÍS RESIDENCIA

TELÉFONO RESIDENCIA

CALLE 38 SUR # 2B 52

BOGOTÁ

CUNDINAMARCA

COLOMBIA

3237877070

CORREO ELECTRÓNICO:

PORTAL O PAGINA INTERNET

TIPO DE VIVIENDA

BONILLAJIMENEZMARIANGEL0309@GMAIL.COM

N/A

PROPIA

FAMILIAR

☒

DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)

CIUDAD:

DEPARTAMENTO:

PAÍS:

TELÉFONO/FA

N/A

N/A

N/A

N/A

N/A

3. DATOS DEL CÓNYUGE/ COMPAÑERO PERMANENTE

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:
N/A	N/A	N/A	N/A
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	No IDENTIFICACIÓN	LUGAR Y FECHA EXPEDICIÓN:(A/M/D)	LUGAR Y FECHA NACIMIENTO:(A/M/D) NACIONALIDAD
CEDULA DE CIUDADANÍA ☐	N/A	N/A	N/A N/A
CEDULA DE EXTRANJERÍA ☐	N/A	N/A	N/A N/A
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL:	N/A	N/A	N/A N/A

4. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA:(ULTIMO PERIODO DECLARADO)

EMPLEADO PÚBLICO ☐ NA PENSIONADO ☐ NA CONTRATISTA ☐ NA PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐ OTRO ☒ NA CUAL: NUEVA VINCULACIÓN

INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE SEÑALE CON UNA EQUIS (X)

DECLARA RENTA ☐ NA AGENTE RETENEDOR ☐ NA IVA ☐ NA ICA ☐ NA
GRAN CONTRIBUYENTE ☐ NA AGENTE AUTORETENEDOR ☐ NA CÓDIGO CIU ACTIVIDAD ECONÓMICA:

FUNCIONARIO PÚBLICO

ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS

NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONÓMICA

SI

☐

NO

☐ NA

SI

☐

NO

☐ NA

NA

ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA

NUMERO DE

GOBIERNO ☐ FINANCIERA ☐ SERVICIOS ☐ SALUD ☒ TECNOLOGÍA ☐ OTRA

DIRECCIÓN DE LA EMPRESA				TELÉFONO				CIUDAD/MUNICIPIO				DEPARTAMENTO				PAÍS							
NA				NA				NA				NA				NA							
CARGO ACTUAL				NA				FECHA VINCULACIÓN				NA											
5. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO (Si aplica)																							
NUMERO DE EMPLEADOS				VENTAS ANUALES				CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA				DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD				TIPO SOCIEDAD							
NA				NA				NA				NA				NA							
6. INFORMACIÓN FINANCIERA																							
INGRESOS MENSUALES				EGRESOS MENSUALES				ACTIVOS				PASIVOS											
SALARIOS				0				GASTOS FAMILIARES				\$ 0.00				AHORROS				0			
HONORARIOS				0				ARRIENDOS				\$ 0.00				INVERSIONES				0			
ARRIENDOS				0				CUOTA VEHÍCULO				\$ 0.00				VEHÍCULOS				0			
COMISIONES				0				CUOTA VIVIENDA				\$ 0.00				PROPIEDADES				0			
OTROS INGRESOS*				0				OTROS EGRESOS*				\$ 0.00				OTROS ACTIVOS*				0			
A B C D E F G				H I J K L M N O P Q R S T U V																			
TOTAL INGRESOS				\$ 0				TOTAL EGRESOS				\$ 0				TOTAL ACTIVOS				\$ 0			
DESCRIPCIÓN OTROS INGRESOS				DESCRIPCIÓN OTROS EGRESOS				DESCRIPCIÓN OTROS ACTIVOS				TOTAL PASIVOS				DESCRIPCIÓN OTROS PASIVOS							
NUEVA VINCULACION				NUEVA VINCULACION				NUEVA VINCULACION				JEVA VINCULACION											
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-G
VERSIÓN: 4
PÁGINAS: 2
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	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
MORENO	MONTAÑEZ	WENDY	CAROLINA
DIRECCIÓN	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAÍS	TIPO RELACIÓN	TELÉFONO FIJO Y / O
CRA 1F ESTE # 46 b 28 sur	BOGOTÁ	AMIGA	3152175800

8. REFERENCIA FINANCIERA

ITAU	CUENTA DE AHORRO NOMINA	727032737	OFICINA SAN JOSE
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒			
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAÍS/CIUDAD
NA	NA	NA	NA
DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS			
PAGO SERVICIOS	EXPORTACIÓN	TRANSFERENCIAS	IMPORTACIÓN
NA	NA	NA	NA
PRESTAMOS			
NA			
OTRA 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

9. DECLARACIÓN DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Quiero suscribir la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizar 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 2014 "Estaduto Anticorrupción".

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

AUXILIAR DE ENFERMERIA

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, 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 mi efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.

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 RIT Distrital.

12. CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente o contraparte- persona natural, estan 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 SICOF, 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 trataran observando las disposiciones legales vigentes.

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, suministramos nuestros 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 Publico, 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

3. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la 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 medica, 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 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.

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 autorizó expresamente para que se llev 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 2011. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.

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

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.

MARIA ANGEL BONILLA JIMENEZ

Firma Cliente / Representante Legal



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:	

