| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. | FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE<br>PERSONA NATURAL (CIRCULARES 009/2016_005-5/2022)<br>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN FINANCIERA | CÓDIGO: AP-GF-F-24-04<br>VERSIÓN: 4<br>PÁGINAS: 1 DE 3<br>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 DOCUMENTACION.**

| CIUDAD/ PAÍS Y FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: | |
|---|---|

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

| SERVIDOR PUBLICO | | CONTRATISTA OPS | X | PARTICULAR | | OTRO | | CUAL: _____ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**2. DATOS DE LA PERSONA NATURAL**

| PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO: |
|---|---|---|---|
| STEFANIA | | PEREZ | NIÑO |

| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | No IDENTIFICACIÓN | LUGAR Y FECHA EXPEDICIÓN:(A/M/D) | LUGAR Y FECHA NACIMIENTO:(A/M/D) | NACIONALIDAD |
|---|---|---|---|---|
| CEDULA DE CIUDADANÍA X<br>CEDULA DE EXTRANJERÍA<br>PASAPORTE OTRO CUAL: _____ | 1019065660 | BOGOTA DC 2009/12/10 | BOGOTÁ DC 1991/12/06 | COLOMBIANA |

| ESTADO CIVIL | NUMERO DE HIJOS | PERSONAS A CARGO | TELÉFONO CELULAR |
|---|---|---|---|
| SOLTERO(A) X CASADO(A) OTRO CUAL:_____ | N/A | N/A | 3125605041 |

| NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA | PROFESIÓN/OFICIO |
|---|---|
| MAGISTER POSGRADO X UNIVERSITARIO BACHILLER TECNÓLOGO OTRO CUAL: _____ | PEDIATRA |

| DIRECCIÓN RESIDENCIA: | CIUDAD RESIDENCIA | DEPARTAMENTO RESIDENCIA | PAÍS RESIDENCIA | TELÉFONO RESIDENCIA |
|---|---|---|---|---|
| CARRERA 20 NÚMERO 122-55 | BOGOTÁ | BOGOTÁ | COLOMBIA | 8139811 |

| CORREO ELECTRÓNICO: | PORTAL O PAGINA INTERNET | TIPO DE VIVIENDA |
|---|---|---|
| STEPA1591@HOTMAIL.COM | | PROPIA FAMILIAR X ARRENDADA |

| DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene) | CIUDAD: | DEPARTAMENTO: | PAÍS: | TELÉFONO/FAX |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

**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<br>CEDULA DE EXTRANJERÍA<br>PASAPORTE OTRO CUAL: _____ | | | | |

**4. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA:(ULTIMO PERIODO DECLARADO)**

| EMPLEADO PUBLICO | | PENSIONADO | | CONTRATISTA | X | PROFESIONAL INDEPENDIENTE | | OTRO | | CUAL: | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE SEÑALE CON UNA EQUIS (X)**

| DECLARA RENTA | X | AGENTE RETENEDOR | | IVA | X | ICA | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| GRAN CONTRIBUYENTE | | AGENTE AUTORETENEDOR | | CÓDIGO CIIU ACTIVIDAD ECONÓMICA: | | PRINCIPAL: | 8699 |

| FUNCIONARIO PUBLICO | | | ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS | | | NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONÓMICA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| SI | NO X | | SI | NO X | | PEDICENTRO S.A.S |

| ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA | NUMERO DE NIT |
|---|---|
| | |

| GOBIERNO | | FINANCIERA | | SERVICIOS | | SALUD | X | TECNOLOGÍA | | OTRA | | CUAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| DIRECCIÓN DE LA EMPRESA | TELÉFONO | CIUDAD/MUNICIPIO | DEPARTAMENTO | PAÍS |
|---|---|---|---|---|
| Cl. 48 #22-77 | (607) 6019490 | BARRANCABERMEJA | SANTANDER | COLOMBIA |
| **CARGO ACTUAL** | **PEDIATRA** | | **FECHA VINCULACIÓN** | **10/10/2022** |

**5. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO (Si aplica)**

| NUMERO DE EMPLEADOS | VENTAS ANUALES | CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA | DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD | FECHA CONSTITUCIÓN | TIPO SOCIEDAD |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

**6. INFORMACIÓN FINANCIERA**

| INGRESOS MENSUALES | | EGRESOS MENSUALES | | ACTIVOS | | PASIVOS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SALARIOS | 16.000.000 | GASTOS FAMILIARES | $ 3.000.000,00 | AHORROS | 12.000.000 | SALDO HIPOTECA | |
| HONORARIOS | | ARRIENDOS | | INVERSIONES | | TARJETAS DE CRÉDITO | $ 5.000.000,00 |
| ARRIENDOS | | CUOTA VEHÍCULO | $ 4.500.000,00 | VEHÍCULOS | 170.000.000 | DEUDA VEHÍCULOS | $ 140.000.000,00 |
| COMISIONES | | CUOTA VIVIENDA | | PROPIEDADES | | DEUDAS TERCEROS | |
| OTROS INGRESOS* | | OTROS EGRESOS* | | OTROS ACTIVOS* | | OTROS PASIVOS* | |
| **TOTAL INGRESOS** | **$ 0** | **TOTAL EGRESOS** | **$ 0** | **TOTAL ACTIVOS** | **$ 0** | **TOTAL PASIVOS** | **$ 145.000.000** |

| 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.)

| 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)**<br>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN FINANCIERA | CÓDIGO: AP-GF-F-24-04<br>VERSIÓN: 4<br>PÁGINAS: 2 DE 3<br>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 |
|---|---|---|---|
| AMAYA | HURTADO | AMGIE | |
| **DIRECCIÓN** | **CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAÍS** | **TIPO RELACIÓN** | **TELEFONO FIJO Y / O EXTENSIÓN/CELULAR** |
| CARRERA 56 NÚMERO 147-58 | BOGOTÁ D.C | AMIGA | 3017782152 |

## 8. REFERENCIA FINANCIERA

| NOMBRE ENTIDAD | TIPO DE PRODUCTO | NUMERO | SUCURSAL | TELÉFONO |
|---|---|---|---|---|
| DAVIVIENDA | CUENTA DE AHORROS | 6487005149 | NIZA | 01-800-0123838 |

**MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA:** SI [ ] NO [X]

| NOMBRE ENTIDAD | TIPO DE PRODUCTO | NUMERO | PAÍS/CIUDAD | MONEDA | MONTO PROMEDIO |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

**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- 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

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 entregaré a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE** provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

MÉDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA_____

**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 destinaran a actividades licitas.
**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.
**7.** 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

**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.
**4.3**.Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
**4.4**.Fotocopia Declaración de Renta del ultimo 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 SERVICIOS, 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, 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 sistemad de Corrupción, Opacidad y Fraude SICOF, adoptado por la Subred Norte ESE.
**2.** Que conforme a los 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.
**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, 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 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. i) 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. j) Envio 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. k) 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 el sistema SICOF.
**2. TRATAMIENTO:** El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

**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, asi 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 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, 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 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 autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) 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 sarlaft@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 destruccion masiva, y al 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 HUELLA**

SE FIRMA EL PRESENTE DOCUMENTO COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO SU CONTENIDO, SE DECLARA QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES EXACTA Y VERÍDICA EN TODAS SUS PARTES.

Stefania Perez Nino

**Firma Cliente / Representante Legal**



**Huella Índice Derecho**

**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:** | |