

|                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                         |                                                 |                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                       | <b>FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE</b><br><b>PERSONA NATURAL (CIRCULARES 009/2016_005-5/2022)</b>                                                                                                                                                                                                            |                                                         | CÓDIGO: AP-GF-F-24-04<br>VERSIÓN: 4             |                                                                                                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                       | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN FINANCIERA                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                         | 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. |                                                         |                                                 |                                                                                                                 |
| <b>CIUDAD/ PAÍS Y FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:</b>                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | BOGOTÁ D.C. 29 DE JUNIO 2023                            |                                                 |                                                                                                                 |
| <b>1. CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN (MARCA CON X)</b>                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                         |                                                 |                                                                                                                 |
| SERVIDOR PUBLICO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                             | CONTRATISTA OPS <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                    | PARTICULAR <input type="checkbox"/>                     | OTRO <input type="checkbox"/>                   | CUAL: _____                                                                                                     |
| <b>2. DATOS DE LA PERSONA NATURAL</b>                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                         |                                                 |                                                                                                                 |
| <b>PRIMER NOMBRE</b>                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>SEGUNDO NOMBRE</b>                                   |                                                 | <b>PRIMER APELLIDO</b>                                                                                          |
| CARLOS                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | SANTIAGO                                                |                                                 | MILLÁN                                                                                                          |
| <b>SEGUNDO APELLIDO:</b>                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | RAMÍREZ                                                 |                                                 |                                                                                                                 |
| <b>TIPO DE IDENTIFICACIÓN</b>                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>No IDENTIFICACIÓN</b>                                | <b>LUGAR Y FECHA EXPEDICIÓN:(A/M/D)</b>         | <b>LUGAR Y FECHA NACIMIENTO:(A/M/D)</b>                                                                         |
| CEDULA DE CIUDADANÍA <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 10154665535                                             | BOGOTÁ 2014/10/29                               | BOGOTA 1996/10/09                                                                                               |
| CEDULA DE EXTRANJERÍA <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                         |                                                 |                                                                                                                 |
| PASAPORTE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUAL: _____                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                         |                                                 |                                                                                                                 |
| <b>ESTADO CIVIL</b>                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                         | <b>NUMERO DE HIJOS</b>                          | <b>PERSONAS A CARGO</b>                                                                                         |
| SOLTERO(A) <input checked="" type="checkbox"/> CASADO(A) <input type="checkbox"/> OTRO CUAL: _____                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                         | 0                                               | 0                                                                                                               |
| <b>NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA</b>                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                         |                                                 | <b>TELÉFONO CELULAR</b>                                                                                         |
| 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: _____ |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                         |                                                 | 3043767425                                                                                                      |
| <b>DIRECCIÓN RESIDENCIA:</b>                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>CIUDAD RESIDENCIA</b>                                | <b>DEPARTAMENTO RESIDENCIA</b>                  | <b>PAÍS RESIDENCIA</b>                                                                                          |
| CARRERA 47 # 135 - 11                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | BOGOTA                                                  | BOGOTA D.C                                      | COLOMBIA                                                                                                        |
| <b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>PORTAL O PAGINA INTERNET</b>                         |                                                 | <b>TIPO DE VIVIENDA</b>                                                                                         |
| CARLOSMILLAN096@GMAIL.COM                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                         |                                                 | PROPIA <input type="checkbox"/> FAMILIAR <input checked="" type="checkbox"/> ARRENDADA <input type="checkbox"/> |
| <b>DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)</b>                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>CIUDAD:</b>                                          | <b>DEPARTAMENTO:</b>                            | <b>PAÍS:</b>                                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                         |                                                 |                                                                                                                 |
| <b>3. DATOS DEL CÓNYUGE/ COMPAÑERO PERMANENTE</b>                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                         |                                                 |                                                                                                                 |
| <b>PRIMER NOMBRE</b>                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>SEGUNDO NOMBRE</b>                                   |                                                 | <b>PRIMER APELLIDO</b>                                                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                         |                                                 |                                                                                                                 |
| <b>SEGUNDO APELLIDO:</b>                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                         |                                                 |                                                                                                                 |
| <b>TIPO DE IDENTIFICACIÓN</b>                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>No IDENTIFICACIÓN</b>                                | <b>LUGAR Y FECHA EXPEDICIÓN:(A/M/D)</b>         | <b>LUGAR Y FECHA NACIMIENTO:(A/M/D)</b>                                                                         |
| CEDULA DE CIUDADANÍA <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                         |                                                 |                                                                                                                 |
| CEDULA DE EXTRANJERÍA <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                         |                                                 |                                                                                                                 |
| PASAPORTE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUAL: _____                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                         |                                                 |                                                                                                                 |
| <b>4. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA:(ULTIMO PERIODO DECLARADO)</b>                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                         |                                                 |                                                                                                                 |
| EMPLEADO PUBLICO <input type="checkbox"/> PENSIONADO <input type="checkbox"/> CONTRATISTA <input type="checkbox"/> PROFESIONAL INDEPENDIENTE <input checked="" type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUAL: _____            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                         |                                                 |                                                                                                                 |
| <b>INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE SEÑALE CON UNA EQUIS (X)</b>                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                         |                                                 |                                                                                                                 |
| 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 CIU ACTIVIDAD ECONÓMICA: PRINCIPAL: 8610 |                                                                                                                 |
| <b>FUNCIONARIO PUBLICO</b>                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS</b>                     |                                                 | <b>NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONÓMICA</b>                                   |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                                                 |                                                                                                                 |
| <b>ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA</b>                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                         |                                                 | <b>NUMERO DE NIT</b>                                                                                            |
| GOBIERNO <input type="checkbox"/> FINANCIERA <input type="checkbox"/> SERVICIOS <input type="checkbox"/> SALUD <input checked="" type="checkbox"/> TECNOLOGÍA <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/> CUAL: _____      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                         |                                                 |                                                                                                                 |
| <b>DIRECCIÓN DE LA EMPRESA</b>                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>TELÉFONO</b>                                         | <b>CIUDAD/MUNICIPIO</b>                         | <b>DEPARTAMENTO</b>                                                                                             |
| CARREA 15 # 112 09                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 6014441234                                              | BOGOTÁ D.C                                      | BOGOTA D.C                                                                                                      |
| <b>CARGO ACTUAL</b>                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>MÉDICO HOSPITALARIO</b>                              |                                                 | <b>FECHA VINCULACIÓN</b>                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                         |                                                 | 1/07/2022                                                                                                       |
| <b>5. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO (Si aplica)</b>                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                         |                                                 |                                                                                                                 |
| <b>NUMERO DE EMPLEADOS</b>                                                                                                                                                                                                            | <b>VENTAS ANUALES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA</b>                       | <b>DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD</b>                    | <b>FECHA CONSTITUCIÓN</b>                                                                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                         |                                                 |                                                                                                                 |
| <b>6. INFORMACIÓN FINANCIERA</b>                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                         |                                                 |                                                                                                                 |
| <b>INGRESOS MENSUALES</b>                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>EGRESOS MENSUALES</b>                                |                                                 | <b>ACTIVOS</b>                                                                                                  |
| <b>PASIVOS</b>                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                         |                                                 |                                                                                                                 |
| SALARIOS                                                                                                                                                                                                                              | 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | GASTOS FAMILIARES                                       | 0                                               | AHORROS                                                                                                         |
| HONORARIOS                                                                                                                                                                                                                            | \$ 4.000.000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ARRIENDOS                                               | \$ 0,00                                         | INVERSIONES                                                                                                     |
| ARRIENDOS                                                                                                                                                                                                                             | 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | CUOTA VEHÍCULO                                          | 0                                               | VEHÍCULOS                                                                                                       |
| COMISIONES                                                                                                                                                                                                                            | 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | CUOTA VIVIENDA                                          | \$ 0,00                                         | PROPIEDADES                                                                                                     |
| OTROS INGRESOS*                                                                                                                                                                                                                       | 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | OTROS EGRESOS*                                          |                                                 | OTROS ACTIVOS*                                                                                                  |
| TOTAL INGRESOS                                                                                                                                                                                                                        | \$ 4.000.000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | TOTAL EGRESOS                                           | \$ 4.000.000                                    | TOTAL ACTIVOS                                                                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                         |                                                 | \$ 0                                                                                                            |
|                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                         |                                                 | TOTAL PASIVOS                                                                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                         |                                                 | \$ 0                                                                                                            |

| 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.)

|                                                                                  |                                                                                                                             |  |                                      |  |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------|--|
|  | <b>FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE</b><br><b>PERSONA NATURAL (CIRCULARES 009/2016_005-5/2022)</b> |  | CÓDIGO: AP-GF-F-24-04                |  |
|                                                                                  | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.                                                                         |  | VERSIÓN: 4                           |  |
|                                                                                  | GESTIÓN FINANCIERA                                                                                                          |  | 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                        |
| BAYONA            | RINCON                   | PAULA         | VALENTINA                             |
| DIRECCIÓN         | CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAÍS | TIPO RELACIÓN | TELÉFONO FIJO Y / O EXTENSIÓN/CELULAR |
| CARRERA 50 149 19 | BOGOTÁ                   | NOVIAZGO      | 3103363042                            |

8. REFERENCIA FINANCIERA

|                 |                   |           |            |            |
|-----------------|-------------------|-----------|------------|------------|
| NOMBRE ENTIDAD  | TIPO DE PRODUCTO  | NUMERO    | SUCURSAL   | TELÉFONO   |
| BANCO DE BOGOTA | CUENTA DE AHORROS | 228185856 | SAN RAFAEL | 6013820000 |

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA:

SI☐NO☒

|                |                  |        |             |        |                |
|----------------|------------------|--------|-------------|--------|----------------|
| 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 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 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.): PRESTACION DE SERVICIOS COMO MEDICO GENERAL

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 mí 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, 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 SICOE, 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:**

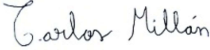
\* Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación 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) 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. 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.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                             |                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE</b><br><b>PERSONA NATURAL (CIRCULARES 009/2016_005-5/2022)</b> | CÓDIGO: AP-GF-F-24-04                                                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.                                                                         | VERSIÓN: 4                                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | GESTIÓN FINANCIERA                                                                                                          | PÁGINAS: 3 DE 3                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                             | FECHA: 15/06/2022                                                                   |
| <p><b>3. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN:</b> 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.</p> <p><b>4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES:</b> Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.</p> <p><b>5. DATOS SENSIBLES:</b> 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><b>6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES:</b> 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><b>7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN:</b> 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><b>8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN:</b> 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.</p> <p><b>9.AUTORIZACIÓN:</b> 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> |                                                                                                                             |                                                                                     |
| <b>13. FIRMA Y HUELLA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                             |                                                                                     |
| 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                             |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                             |                                                                                     |
| Firma Cliente / Representante Legal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                             |                                                                                     |
| Huella Índice Derecho                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                             |                                                                                     |
| <b>14. VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN (USO EXCLUSIVO DE LA SUBRED NORTE ESE)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                             |                                                                                     |
| 1. Ciudad y fecha                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                             |                                                                                     |
| 2. Nombre y Cargo de quien verifica:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                             |                                                                                     |
| 3. Lugar de la verificación:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                             |                                                                                     |
| 4. Observaciones:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                             |                                                                                     |
| 5. Firma:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                             |                                                                                     |