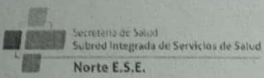


|                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                    |                                                                                        |                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  Secretaría de Salud<br>Subred Integrada de Servicios de Salud<br>Norte E.S.E.                                                                        | FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE<br>PERSONA NATURAL (CIRCULARES 009/2016_005-5/2022)                                                                                                                                                                                                                          |                                                                    | CÓDIGO: AP-GF-F-24-04<br>VERSIÓN: 4<br>PÁGINAS: 1 DE 3<br>FECHA: 15/06/2022            |                                                                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                       | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN FINANCIERA                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                    |                                                                                        |                                                                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                       | CIRCULARES: *009 DE 2016 *005-5 DE 2022: "POLÍTICA DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE". SE DEBE DILIGENCIAR EL FORMATO EN SU TOTALIDAD, LO QUE NO APLIQUE O NO CORRESPONDA SE DEBE COLOCAR N/A. NO DEBEN QUEDAR CASILLAS EN BLANCO. LEA DETENIDAMENTE EL FORMATO. DE IGUAL FORMA DEBE ALLEGAR LA TOTALIDAD DE LA DOCUMENTACIÓN. |                                                                    |                                                                                        |                                                                                                                                     |
| CIUDAD/ PAÍS Y FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | BOGOTÁ, CUNDINAMARCA 20/09/2023                                    |                                                                                        |                                                                                                                                     |
| 1. CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN (MARCA CON X)                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                    |                                                                                        |                                                                                                                                     |
| SERVIDOR PÚBLICO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                             | CONTRATISTA OPS <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                    | PARTICULAR <input type="checkbox"/>                                | OTRO <input type="checkbox"/>                                                          | CUAL: _____                                                                                                                         |
| 2. DATOS DE LA PERSONA NATURAL                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                    |                                                                                        |                                                                                                                                     |
| PRIMER NOMBRE<br>DAMARIS                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | SEGUNDO NOMBRE<br>N/A                                              |                                                                                        | PRIMER APELLIDO<br>TIJARO                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                    |                                                                                        | SEGUNDO APELLIDO:<br>SANTIAGO                                                                                                       |
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | No IDENTIFICACIÓN<br>68247175                                      | LUGAR Y FECHA EXPEDICIÓN:(A/M/D)<br>SARAVERA 1993 / 01/23                              | LUGAR Y FECHA NACIMIENTO:(A/M/D)<br>TAME 24/11/1973                                                                                 |
| CEDULA DE CIUDADANÍA <input checked="" type="checkbox"/><br>CEDULA DE EXTRANJERÍA <input type="checkbox"/><br>PASAPORTE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUAL: _____                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | NACIONALIDAD<br>COLOMBIANA                                         |                                                                                        |                                                                                                                                     |
| ESTADO CIVIL                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                    | NUMERO DE HIJOS                                                                        | PERSONAS A CARGO                                                                                                                    |
| SOLTERO(A) <input type="checkbox"/> CASADO(A) <input type="checkbox"/> OTRO CUAL: <input checked="" type="checkbox"/> DIVORCIADA                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                    | 2                                                                                      | 2                                                                                                                                   |
| NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                    |                                                                                        | PROFESIÓN/OFICIO                                                                                                                    |
| 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: _____ |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                    |                                                                                        | ENFERMERA JEFE                                                                                                                      |
| DIRECCIÓN RESIDENCIA:                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | CIUDAD RESIDENCIA                                                  | DEPARTAMENTO RESIDENCIA                                                                | PAÍS RESIDENCIA                                                                                                                     |
| CALLE 83A NO 112F-15                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | BOGOTÁ                                                             | CUNDINAMARCA                                                                           | COLOMBIA                                                                                                                            |
| CORREO ELECTRÓNICO:<br>damaristijaro@gmail.com                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | PORTAL O PAGINA INTERNET<br>N/A                                    |                                                                                        | TIPO DE VIVIENDA<br>PROPIA <input type="checkbox"/> FAMILIAR <input checked="" type="checkbox"/> ARRENDADA <input type="checkbox"/> |
| DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)<br>N/A                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | CIUDAD:<br>N/A                                                     | DEPARTAMENTO:<br>N/A                                                                   | PAÍS:<br>N/A                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                    |                                                                                        | TELÉFONO/FAX<br>N/A                                                                                                                 |
| 3. DATOS DEL CÓNYUGE/ COMPAÑERO PERMANENTE                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                    |                                                                                        |                                                                                                                                     |
| PRIMER NOMBRE<br>N/A                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | SEGUNDO NOMBRE<br>N/A                                              |                                                                                        | PRIMER APELLIDO<br>N/A                                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                    |                                                                                        | SEGUNDO APELLIDO:<br>N/A                                                                                                            |
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | No IDENTIFICACIÓN                                                  | LUGAR Y FECHA EXPEDICIÓN:(A/M/D)                                                       | LUGAR Y FECHA NACIMIENTO:(A/M/D)                                                                                                    |
| CEDULA DE CIUDADANÍA <input type="checkbox"/><br>CEDULA DE EXTRANJERÍA <input type="checkbox"/><br>PASAPORTE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUAL: _____                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | NACIONALIDAD                                                       |                                                                                        |                                                                                                                                     |
| 4. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA:(ULTIMO PERIODO DECLARADO)                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                    |                                                                                        |                                                                                                                                     |
| EMPLEADO PÚBLICO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                             | PENSIONADO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | CONTRATISTA <input checked="" type="checkbox"/>                    | PROFESIONAL INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUAL: | N/A                                                                                                                                 |
| INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE SEÑALE CON UNA EQUIS (X)                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                    |                                                                                        |                                                                                                                                     |
| DECLARA RENTA <input checked="" 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: 8699                                                                                                                     |
| FUNCIONARIO PÚBLICO                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS                                       |                                                                                        |                                                                                                                                     |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |                                                                                        |                                                                                                                                     |
| ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                    |                                                                                        | NUMERO DE NIT                                                                                                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                    |                                                                                        | 900.959.051-7                                                                                                                       |
| 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:                                                             |
| DIRECCIÓN DE LA EMPRESA<br>SUDRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD<br>CENTRO ORIENTE E.S.E.                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | TELÉFONO<br>601-3 44 44 84                                         | CIUDAD/MUNICIPIO<br>BOGOTÁ                                                             | DEPARTAMENTO<br>DUNDINAMARCA                                                                                                        |
| CARGO ACTUAL<br>ENFERMERA ENFERMERA                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | FECHA VINCULACIÓN<br>30/05/2023                                    |                                                                                        |                                                                                                                                     |
| 5. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO (Si aplica)                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                    |                                                                                        |                                                                                                                                     |
| NUMERO DE EMPLEADOS<br>N/A                                                                                                                                                                                                            | VENTAS ANUALES<br>N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA<br>N/A                                  | DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD<br>N/A                                                           | FECHA CONSTITUCIÓN<br>N/A                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | TIPO SOCIEDAD<br>N/A                                               |                                                                                        |                                                                                                                                     |
| 6. INFORMACIÓN FINANCIERA                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                    |                                                                                        |                                                                                                                                     |
| INGRESOS MENSUALES                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | EGRESOS MENSUALES                                                  |                                                                                        | ACTIVOS                                                                                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                    |                                                                                        | PASIVOS                                                                                                                             |
| SALARIOS \$ 1.700.000                                                                                                                                                                                                                 | GASTOS FAMILIARES \$ 1.450.000                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | AHORROS \$ 0                                                       | SALDO HIPOTECA \$ 0                                                                    |                                                                                                                                     |
| HONORARIOS \$ 0                                                                                                                                                                                                                       | ARRIENDOS \$ 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | INVERSIONES \$ 0                                                   | TARJETAS DE CRÉDITO \$ 0                                                               |                                                                                                                                     |
| ARRIENDOS \$ 0                                                                                                                                                                                                                        | CUOTA VEHÍCULO \$ 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | VEHÍCULOS \$ 0                                                     | DEUDA VEHÍCULOS \$ 0                                                                   |                                                                                                                                     |
| COMISIONES \$ 0                                                                                                                                                                                                                       | CUOTA VIVIENDA \$ 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | PROPIEDADES \$ 0                                                   | DEUDAS TERCEROS \$ 0                                                                   |                                                                                                                                     |
| OTROS INGRESOS* \$ 0                                                                                                                                                                                                                  | OTROS EGRESOS* \$ 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | OTROS ACTIVOS* \$ 0                                                | OTROS PASIVOS* \$ 0                                                                    |                                                                                                                                     |
| TOTAL INGRESOS \$ 1.700.000                                                                                                                                                                                                           | TOTAL EGRESOS \$ 1.450.000                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | TOTAL ACTIVOS \$ 0                                                 | TOTAL PASIVOS \$ 0                                                                     |                                                                                                                                     |
| DESCRIPCIÓN OTROS INGRESOS                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | DESCRIPCIÓN OTROS EGRESOS                                          |                                                                                        | DESCRIPCIÓN OTROS ACTIVOS                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                    |                                                                                        | DESCRIPCIÓN OTROS PASIVOS                                                                                                           |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                           |                          |                                      |                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE                 |                          | CÓDIGO: AP-GF-F-24-04                |                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | PERSONA NATURAL (CIRCULARES 009/2016_005-5/2022)                          |                          | VERSIÓN: 4                           |                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN FINANCIERA |                          | PÁGINAS: 2 DE 3<br>FECHA: 15/06/2022 |                                       |
| 7. REFERENCIAS PERSONALES<br>(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                           |                          |                                      |                                       |
| PRIMER APELLIDO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                           | SEGUNDO APELLIDO:        |                                      | PRIMER NOMBRE                         |
| NIÑO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                           | PARRADO                  |                                      | ANGELICA                              |
| DIRECCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                           | CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAÍS |                                      | TELEFONO FIJO Y / O EXTENSIÓN/CELULAR |
| CALLE 69 BIS NO 105-19                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                           | BOGOTA                   |                                      | LABORAL                               |
| 3186013039                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                           |                          |                                      |                                       |
| 8. REFERENCIA FINANCIERA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                           |                          |                                      |                                       |
| NOMBRE ENTIDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                           | TIPO DE PRODUCTO         |                                      | NUMERO                                |
| AV VILLAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                           | CUENTA DE AHORRO         |                                      | 74870127                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                           |                          |                                      | SUCURSAL                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                           |                          |                                      | UNICENTRO DE OCCIDENTE                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                           |                          |                                      | TELÉFONO                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                           |                          |                                      | 74500730                              |
| MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                           |                          |                                      |                                       |
| NOMBRE ENTIDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                           | TIPO DE PRODUCTO         |                                      | NUMERO                                |
| N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                           | N/A                      |                                      | N/A                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                           |                          |                                      | PAÍS/CIUDAD                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                           |                          |                                      | MONEDA                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                           |                          |                                      | MONTO PROMEDIO                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                           |                          |                                      | N/A                                   |
| DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                           |                          |                                      |                                       |
| PAGO SERVICIOS <input type="checkbox"/> EXPORTACIÓN <input type="checkbox"/> TRANSFERENCIAS <input type="checkbox"/> IMPORTACIÓN <input type="checkbox"/> PRESTAMOS <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/> CUAL: <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                           |                          |                                      |                                       |
| <b>OBSERVACIONES:</b> 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 SICO, de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                           |                          |                                      |                                       |
| 9. DECLARACIÓN DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                           |                          |                                      |                                       |
| Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE, con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                           |                          |                                      |                                       |
| 1. Que los recursos y/o elementos que entregue y entregará a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.): ENFERMERA JEFE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                           |                          |                                      |                                       |
| 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, estan regidos de acuerdo a las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención, y Control del Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo, Proliferación de armas de destrucción masiva y de acuerdo al sistemad de Corrupción, Opacidad y Fraude SICO, adoptado por la Subred Norte ESE.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                           |                          |                                      |                                       |
| 2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                           |                          |                                      |                                       |
| 3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratan 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 SICO. |                                                                           |                          |                                      |                                       |
| 2. TRATAMIENTO: El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                           |                          |                                      |                                       |

**3. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN:** Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF y a cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

**4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES:** Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.

**5. DATOS SENSIBLES:** Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración lo requerido en las Circulares 009/2020 y 005-5/2022 de la Superintendencia Nacional de Salud.

**6. DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES:** Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

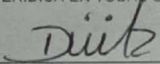
**7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN:** Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

**8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN:** Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán: a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Calle 66 No. 15-41 Bogotá D.C., Teléfono 4431790, email [sarlaff@subrednorte.gov.co](mailto:sarlaff@subrednorte.gov.co)) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y el Control del Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo, Proliferación de armas de destrucción masiva, y al Sistema de Corrupción, Opacidad y fraude SICOF.

**9. AUTORIZACIÓN:** De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizo, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

**13. FIRMA Y HUELLA**

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

  
Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

**14. VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN (USO EXCLUSIVO DE LA SUBRED NORTE ESE)**

|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| 1. Ciudad y fecha                    |  |
| 2. Nombre y Cargo de quien verifica: |  |
| 3. Lugar de la verificación:         |  |
| 4. Observaciones:                    |  |
| 5. Firma:                            |  |