
 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL (CIRCULARES 009/2016_005-5/2022)		CÓDIGO: AP-GF-F-24-04 VERSIÓN: 4	
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA		PÁGINAS: 1 DE 3 FECHA: 15/06/2022	
	CIRCULARES: *009 DE 2016 *005-5 DE 2022: "POLÍTICA DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE". SE DEBE DILIGENCIAR EL FORMATO EN SU TOTALIDAD, LO QUE NO APLIQUE O NO CORRESPONDA SE DEBE COLOCAR N/A. NO DEBEN QUEDAR CASILLAS EN BLANCO. LEA DETENIDAMENTE EL FORMATO. DE IGUAL FORMA DEBE ALLEGAR LA TOTALIDAD DE LA DOCUMENTACION.			
CIUDAD/ PAÍS Y FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:				
1. CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN (MARCA CON X)				
SERVIDOR PUBLICO <input type="checkbox"/> CONTRATISTA OPS <input checked="" type="checkbox"/> PARTICULAR <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUA <input type="checkbox"/>				
2. DATOS DE LA PERSONA NATURAL				
PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		PRIMER APELLIDO
JULIETH		STHEFANNY		BERNAL
SEGUNDO APELLIDO:		CASTRO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		No IDENTIFICACIÓN	LUGAR Y FECHA EXPEDICIÓN:(A/M/D)	LUGAR Y FECHA NACIMIENTO:(A/M/D)
CEDULA DE CIUDADANÍA <input checked="" type="checkbox"/> CEDULA DE EXTRANJERÍA <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUAL: _____		1032434316	BOGOTÁ 2008/01/11	BOGOTÁ 1989/11/08
ESTADO CIVIL			NUMERO DE HIJOS	PERSONAS A CARGO
SOLTERO(A) <input checked="" type="checkbox"/> CASADO(A) <input type="checkbox"/> OTRO CUAL: _____			2	2
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA				TELÉFONO CELULAR
MAGISTER <input type="checkbox"/> POSGRADO <input type="checkbox"/> UNIVERSITARIO <input type="checkbox"/> BACHILLER <input type="checkbox"/> TECNÓLOGO <input checked="" type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUAL: _____				3017838615
PROFESIÓN/OFCIO				
TECNÓLOGA EN GESTION ADMINISTRATIVA				
DIRECCIÓN RESIDENCIA:		CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO RESIDENCIA	PAÍS RESIDENCIA
CALLE 59 A SUR # 66-20		BOGOTÁ	CUNDINAMARCA	COLOMBIA
CORREO ELECTRÓNICO:		PORTAL O PAGINA INTERNET		TIPO DE VIVIENDA
JSTHEFANNY8@GMAIL.COM				PROPIA <input type="checkbox"/> FAMILIAR <input type="checkbox"/> ARRENDADA <input checked="" type="checkbox"/>
DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)		CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAÍS:
3. DATOS DEL CÓNYUGE/ COMPAÑERO PERMANENTE				
PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		PRIMER APELLIDO
SEGUNDO APELLIDO:				
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"/> CEDULA DE EXTRANJERÍA <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUAL: _____				

4. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA:(ULTIMO PERIODO DECLARADO)									
EMPLEADO PUBLICO <input type="checkbox"/>		PENSIONADO <input type="checkbox"/>		CONTRATISTA <input checked="" type="checkbox"/>		PROFESIONAL INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/>		OTRO <input type="checkbox"/> CUAL:	
INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE SEÑALE CON UNA EQUIS (X)									
DECLARA RENTA <input type="checkbox"/>		AGENTE RETENEDOR <input type="checkbox"/>		IVA <input type="checkbox"/>		ICA <input type="checkbox"/>			
GRAN CONTRIBUYENTE <input type="checkbox"/>		AGENTE AUTORETENEDOR <input type="checkbox"/>		CÓDIGO CIU ACTIVIDAD ECONÓMICA:				PRINCIPAL: <input type="text"/>	
FUNCIONARIO PUBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONÓMICA					
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 <input type="text"/>	
GOBIERNO <input type="checkbox"/>		FINANCIERA <input type="checkbox"/>		SERVICIOS <input type="checkbox"/>		SALUD <input type="checkbox"/>		TECNOLOGÍA <input type="checkbox"/> OTRA CUAL: <input type="text"/>	
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA		TELÉFONO		CIUDAD/MUNICIPIO		DEPARTAMENTO		PAÍS	
CARGO ACTUAL				FECHA VINCULACIÓN					
5. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO (Si aplica)									
NUMERO DE EMPLEADOS		VENTAS ANUALES		CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA		DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD		FECHA CONSTITUCIÓN TIPO SOCIEDAD	
6. INFORMACIÓN FINANCIERA									
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS			
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES	\$ 250.000.00	AHORROS	\$ 100.000.00	SALDO HIPOTECA			
HONORARIOS		ARRIENDOS	\$ 300.000.00	INVERSIONES		TARJETAS DE CRÉDITO			
ARRIENDOS		CUOTA VEHÍCULO	\$ 365.000.00	VEHÍCULOS	\$ 6.000.000.00	DEUDA VEHÍCULOS		\$ 4.700.000.00	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA	\$ -	PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS		\$ 1.100.000.00	
OTROS INGRESOS*	\$ 200.000.00	OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*			
TOTAL INGRESOS	\$ 200.000	TOTAL EGRESOS	\$ 915.000	TOTAL ACTIVOS	\$ 6.100.000	TOTAL PASIVOS		\$ 5.800.000	
DESCRIPCIÓN OTROS INGRESOS		DESCRIPCIÓN OTROS EGRESOS		DESCRIPCIÓN OTROS ACTIVOS		DESCRIPCIÓN OTROS PASIVOS			
NOTA: Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)									
		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. GESTIÓN FINANCIERA				PÁGINAS: 2 DE 3			
								FECHA: 15/06/2022	
7. REFERENCIAS PERSONALES									
(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)									
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE			

LADY		PATRICIA		FLOREZ		GARCIA	
DIRECCIÓN		CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAÍS		TIPO RELACIÓN		TELÉFONO FIJO Y / O EXTENSIÓN/CELULAR	
CALLE 45 SUR # 72-48		BOGOTÁ/CUNDINAMARCA/COLOMBIA		AMIGA		3505753785	
8. REFERENCIA FINANCIERA							
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NUMERO		SUCURSAL	
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA:				SI <input type="checkbox"/>		NO <input checked="" type="checkbox"/>	
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NUMERO		PAÍS/CIUDAD	
DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS							

PAGO SERVICIOS
☐
EXPORTACIÓN
☐
TRANSFERENCIAS
☐
IMPORTACIÓN
☐
PRESTAMOS
☐
OTRA
☐
CUAL:


OBSERVACIONES: Con el diligenciamiento de este formulario se da cumplimiento al Proceso de Conocimiento del Cliente o contraparte- debida diligencia, conforme a lo establecido en las Circulares No 009/2016:005-5/2022, expedidas por la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter obligatorio y forma parte de las Políticas, enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, financiación del Terrorismo, Proliferación de armas de destrucción masiva, Sistema de Corrupción, Opacidad y Fraude SICOE, de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud.

9. DECLARACIÓN DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE**, con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":

- Que los recursos y/o elementos que entregue y entregaré a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE** provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):
- 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)
- 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.
- 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.
- Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
- 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.
- 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

<p>1. Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses y declaración de Renta si es declarante.</p> <p>2. Profesional Independiente: Declaración de renta si es declarante.</p> <p>3. Contratistas por OPS:</p> <p>4.1. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.</p> <p>4.2. Fotocopia Inscripción en el RIT Distrital.</p> <p>4.3. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.</p> <p>4.4. Fotocopia Declaración de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)</p>		
<p>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.</p>		
<p align="center">12. CONSIDERACIONES</p>		
<p>1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente o contraparte- persona natural, estan regidos de acuerdo a las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención,y Control del Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo, Proliferación de armas de destrucción masiva y de acuerdo al sistemad de Corrupción, Opacidad y Fraude SICOF, adoptado por la Subred Norte ESE.</p> <p>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.</p> <p>3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratan observando las disposiciones legales vigentes.</p> <p>4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales.</p>		
<p align="center">12.1. AUTORIZACIÓN</p>		
<p>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:</p> <p>* 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.</p> <p>* Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:</p> <p>1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Envío de información de Sujetos de tributación a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. k) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. l) La prevención y control de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo, proliferación de armas de destrucción masiva y el sistema SICOF.</p> <p>2. TRATAMIENTO: El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.</p>		
	<p>FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE</p> <p>PERSONA NATURAL (CIRCULARES 009/2016_005-5/2022)</p>	<p>CÓDIGO: AP-GF-F-24-04</p>
		<p>VERSIÓN: 4</p>
	<p>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.</p>	<p>PÁGINAS: 3 DE 3</p>
	<p>GESTIÓN FINANCIERA</p>	<p>FECHA: 15/06/2022</p>

