| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. | FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE-EMPRESA (CIRCULAR 009/2016-005-5/2022) | CÓDIGO: AP-GF-F-23-03 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 3 |
| | 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 AL TIPO DE EMPRESA 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 | Bogotá D.C noviembre 16 de 2023 |
|---|---|

PERSONA JURÍDICA [x] PERSONA NATURAL [ ] OTRA: [ ] CUAL: _____

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

ASEGURADOR [ ] PROVEEDOR [ ] CONTRATISTA [ ] PARTICULAR [ ] OTRO [ ] CUAL: _____

**2. DATOS DE LA PERSONA JURÍDICA**

| RAZÓN SOCIAL | FUNDACIÓN TECNOLÓGICA AUTÓNOMA DE BOGOTÁ - FABA | NIT | 860035356-8 |
|---|---|---|---|

| REPRESENTANTE LEGAL: | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRES |
|---|---|---|---|
| | Rojas | Ortiz | Marlly Yaneth |

| TIPO DE IDENTIFICACION | No IDENTIFICACIÓN: | LUGAR Y FECHA EXPEDICIÓN:(A/M/D) | FECHA NACIMIENTO:(A/M/D) | LUGAR NACIMIENTO: CIUDAD/DEPARTAMENTO | NACIONALIDAD |
|---|---|---|---|---|---|
| CEDULA DE CIUDADANÍA [x]<br>CEDULA DE EXTRANJERÍA [ ]<br>PASAPORTE [ ] | 6355609 | Bucaramanga 2002/12/13 | 11/12/1984 | Málaga Santander | Colombiana |

| DIRECCIÓN DOMICILIO PRINCIPAL | PAÍS/DEPARTAMENTO/CIUDAD | CORREO ELECTRÓNICO/ PAGINA INTERNET: | TELÉFONO/FAX/CELULAR |
|---|---|---|---|
| Carrera 14 # 80-35 | Bogotá | www.faba.edu.co | 6914004 |
| DIRECCIÓN SUCURSAL/AGENCIA | PAÍS/DEPARTAMENTO/CIUDAD | CORREO ELECTRÓNICO/ PAGINA INTERNET: | TELÉFONO/FAX/CELULAR |
| | | | |

**TIPO DE EMPRESA (ACTIVIDAD ECONÓMICA) SEÑALE CON UNA EQUIS (X)**

SERVICIOS DE SALUD [ ] SERVICIOS FINANCIEROS [ ] PUBLICA [ ] PRIVADA [X] COMERCIAL [ ] INDUSTRIAL [ ]
TRANSPORTES [ ] OTRA [ ] CUAL: _____

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

GRAN CONTRIBUYENTE [ ] RENTA [X] IVA [ ] ICA [X] CÓDIGO CIIU ACTIVIDAD ECONÓMICA: 8543 PRINCIPAL SERV EDUCAT
AGENTE RETENEDOR [ ] AGENTE AUTORETENEDOR [ ]

**3. DECLARACIÓN PERSONA PÚBLICAMENTE EXPUESTA (PEPS)**

| | | |
|---|---|---|
| POR SU CARGO O ACTIVIDAD ADMINISTRA O TIENE A SU CARGO EL MANEJO DE RECURSOS PÚBLICOS | SI [ ] | NO [x] |
| POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGÚN GRADO O TIPO DE PODER PUBLICO | SI [ ] | NO [x] |
| POR SU ACTIVIDAD, OCUPACIÓN U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PUBLICO GENERAL | SI [ ] | NO [x] |
| ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS DIFERENTE A COLOMBIA | SI [ ] | NO [x] |

**Si contestó afirmativamente alguna de las anteriores preguntas, por favor, especifique:**

N/A

**IDENTIFICACIÓN DE ACCIONISTAS, SOCIOS, ASOCIADOS QUE SEAN TITULARES DE MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIPACIÓN**

| NOMBRE COMPLETO O RAZÓN SOCIAL (DE SER NECESARIO UTILICE ANEXO) | % PARTICIPACIÓN | TIPO DE IDENTIFICACIÓN | NUMERO IDENTIFICACIÓN |
|---|---|---|---|
| Omaira Nelly Buitrago Bohórquez | 50% | C.C [x] C.E. [ ] T.I. [ ] NIT [ ] | 63279286 |
| María Fernanda Vargas Buitrago | 50% | C.C [x] C.E. [ ] T.I. [ ] NIT [ ] | 1098803039 |
| | | C.C [ ] C.E. [ ] T.I. [ ] NIT [ ] | |

**4. INFORMACIÓN FINANCIERA (ULTIMO PERIODO DECLARADO)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES | $ 191.554.000 | ACTIVOS TOTALES | $ 1.168.646.000 |
| INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES | $ 51.955.000 | PASIVOS TOTALES | $ 713.714.000 |
| EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES | $ 198.329.000 | PATRIMONIO | $ 454.932.000 |
| EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES | 0 | | |
| CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES (describa): | COMISIONES - ADMINISTRACION Y ARRENDAMIENTOS | | |
| CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES (describa): | N/A | | |

**5. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES**

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI [ ] NO [X]

REDESCUENTO [ ] EXPORTACIONES [ ] LEASING [ ] SERVICIOS [ ] OPERACIONES DE TRANSFERENCIAS [ ] IMPORTACIONES [ ]
PAGO DE SERVICIOS [ ] PRESTAMOS EN MONEDA EXTRANJERA [ ] INVERSIONES [ ] OTRA [ ] cual: _____

**DESCRIBA LAS OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA**

| TIPO PRODUCTO | No DEL PRODUCTO | MONTO OPERACIÓN | CIUDAD | PAÍS | MONEDA |
|---|---|---|---|---|---|
| N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |

**6. 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-Circular 005-5 de 2022, expedidas por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":

**1.** Los recursos que posee la Empresa provienen de las siguientes fuentes ( detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):
SERVICIOS EDUCATIVOS

**2. Las actividades realizadas por la Empresa se efectúan dentro del Marco Legal. Los recursos que posee NO provienen de actividades ilicitas de conformidad con el Código Penal Colombiano.**

**3. La información suministrada en este formulario es veraz y verificable, y la Empresa se obligo a actualizarla cuando así se requiera.**

**4.** Cláusula para apoderados: Certifica que toda la información suministrada y de la cual no se es titular ha sido obtenida de acuerdo con los parámetros establecidos legalmente.

**5.** Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE, que se deriven del desarrollo de este contrato NO se destinarán al lavado de activos, financiación del terrorismo, grupos o actividades terroristas, proliferación de armas de destrucción masiva, o acciones relacionadas con actos de corrupción, opacidad o fraude, se destinarán a actividades lícitas..

**6.** 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)

**7.** No se admite que terceros entreguen recursos en mi nombre (rep Legal o el de la Empresa) 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.

**8.** Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.

**9.** 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.

**10.** 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.

## 7. DOCUMENTOS REQUERIDOS

**1.** Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa ( 90 ) días, expedido por la Cámara de Comercio.
**2.** Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
**3.** Fotocopia del documento de identificación del Representante legal de la Empresa.
**4.** Fotocopia Declaración de Renta del ultimo periodo gravable declarado.
**5.** Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.
**APODERADO**
Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.

## 8. AUTORIZACIÓN DE USO DE INFORMACIÓN

### CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente o contraparte, son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo, Proliferación de armas de destruccion masiva, y al Sistema de Corrupción, Opacidad y fraude SICOF.
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 ,control del lavado de activos, financiación del terrorismo y proliferación de armas de destrucción masiva, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente: 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 Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades:

a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual 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. La liquidación y pago de cuentas. Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados.
d) El control y la prevención del riesgo.
e) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud.

f) 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.
g) Envio de información de Sujetos de tributación a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables.
h) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia.
i) Para la prevención y control de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo, proliferación de armas de destrucción masiva. Sistema SICOF.

**2. TRATAMIENTO:** El tratamiento podrá ser realizado directamente por la Subred Norte ESE, o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

**3. USUARIOS DE LA INFORMACION:** 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 SUBRED NORTE ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud.

b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros.

c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y/o servicios .

d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelanten gestiones 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, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

**4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES:** En el caso de que en determinadas situaciones sea 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 las circulares 009 de 2016 y 005-5 de 2022 de la Superintendencia Nacional de Salud.

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

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

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

**9.AUTORIZACIÓN:** De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizamos, 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.

**9. FIRMA Y HUELLA**

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

**Firma Cliente / Representante Legal**



**Huella Índice Derecho**

**10. 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:** | |