Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**
**ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO**
**FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA JURIDICA**

**CÓDIGO:** ET-CA-FT-022
**VERSIÓN:** 02
**FECHA:** 2017-08-22

**SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT ***

| FECHA: | 15/08/2024 | CIUDAD: | Bogotá D.C | DEPARTAMENTO: | Cundinamarca |
|---|---|---|---|---|---|

Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

**CLASE O TIPO DE VINCULACION LA EMPRESA (MARCA CON X)**

| ☐ ASEGURADOR | ☒ PROVEDOR | ☐ CONTRATISTA | ☐ PARTICULAR | ☐ OTRO | CUAL: |
|---|---|---|---|---|---|

**I. DATOS DE LA PERSONA JURIDICA**

| RAZON SOCIAL: | Imcolmedica S.A | | NIT: | 860070078-3 |
|---|---|---|---|---|
| REPRESENTANTE LEGAL: | PRIMER APELLIDO: Ñustes | SEGUNDO APELLIDO: | NOMBRES: Alberto | |
| CEDULA DE CIUDADANÍA ☒ | NUMERO: 17.128.114 | LUGAR DE EXPEDICION: Bogotá D.C | FECHA EXPEDICION AAAA/MM/DD: 1966/09/16 | |
| CEDULA DE EXTRANJERÍA ☐ | | | | |

| FECHA NACIMIENTO AAAA/MM/DD | LUGAR NACIMIENTO: | DEPARTAMENTO: | NACIONALIDAD (1): | NACIONALIDAD (2): |
|---|---|---|---|---|
| 1945/08/07 | Natagaima | Tolima | Colombiana | |

| DIRECCION DOMICILIO PRINCIPAL: | CIUDAD: | DEPARTAMENTO: | PAIS: | TELEFONO/FAX |
|---|---|---|---|---|
| Calle 36 N° 15-42 | Bogotá D.C | Cundinamarca | Colombia. | 7454117 |

| CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO: | PORTAL/PAGINA INTERNET: |
|---|---|
| Representante1@imcolmedica.com.co | www.imcolmedica.com.co |

| DIRECCION SUCURSAL/AGENCIA: | CIUDAD: | DEPARTAMENTO: | PAIS: | TELEFONO/FAX |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| TIPO DE EMPRESA: | ACTIVIDAD ECONOMICA: | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ PUBLICA | ☐ INDUSTRIAL | ☐ AGRICOLA | ☒ SERVICIOS DE SALUD | CUAL: |
| ☐ MIXTA | ☒ COMERCIAL | ☐ FARMACEUTICA | ☐ SERVICIOS FINANCIEROS | |
| ☒ PRIVADA | ☐ ASEGURADOR | ☐ TRANSPORTES | ☐ OTRA, | |
| ☐ EXTRANJERA | ☐ SERVICIOS | | | |

| INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE: | RENTA/CREE | (SI) ☒ (NO) ☐ | IVA | (SI) ☒ (NO) ☐ | I.C.A. (SI) ☒ (NO) ☐ | CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMIC: 4659 / 3312 — PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☒ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| GRAN CONTRIBUYENTE | SI ☐ NO ☒ | AGENTE RETENEDOR | | SI ☒ NO ☐ | AGENTE AUTORETENEDOR | SI ☒ NO ☐ |

**II. DECLARACION PERSONA PUBLICAMENTE EXPUESTA (PEPS)**

| | |
|---|---|
| POR SU CARGO O ACTIVIDAD ADMINISTRA O TIENE A SU CARGO EL MANEJO DE RECURSOS PUBLICOS | SI ☐ NO ☒ |
| POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUN GRADO O TIPO DE PODER PUBLICO | SI ☐ NO ☒ |
| POR SU ACTIVIDAD, OCUPACION U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PUBLICO GENERAL | SI ☐ NO ☒ |
| ES USTED SUJETIO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAIS DIFERENTE A COLOMBIA | SI ☐ NO ☒ |

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

**III. IDENTIFICACION DE ACCIONISTAS, SOCIOS, ASOCIADOS QUE SEAN TITULARES DE MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIPACION**

| NOMBRE COMPLETO O RAZON SOCIAL (DE REQUERIR UTILICE ANEXO) | % PARTICIPACION | TIPO DE IDENTIFICACION | NUMERO IDENTIFICACION |
|---|---|---|---|
| Alberto Ñustes | 43,89 % | C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐ | 17.128.114 |
| Jairo Orlando Castelblanco | 43,89 % | C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐ | 19.139.063 |
| Luisa Fernanda Ñustes | 5,37 % | C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐ | 52.107.122 |
| | | C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐ | |

**IV. INFORMACION FINANCIERA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES | 3.926.552.773 | ACTIVOS TOTALES | 65.945.349.230 |
| INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES | 55.888.489 | PASIVOS TOTALES | 31.606.917.930 |

Secretaria de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**
**ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO**
**FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA JURIDICA**

**CÓDIGO:** ET-CA-FT-022
**VERSIÓN:** 02
**FECHA:** 2017-08-22

| | | | |
|---|---|---|---|
| EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES | 3.324.579.551 | PATRIMONIO | 34.338.431.300 |
| EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES | 150.840.566 | | |
| CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES: | Financiera y otros | DIFERENCIA EN CAMBIO | |
| CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES: | Otros gastos. E impuesto | DIFERENCIA EN CAMBIO | |

**V. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES**

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| IMPORTAC IONES | [X] | EXPORTACIONES | [ ] | INVERSIONES | [ ] |
| OPERACIONES DE REDESCUENTO | [ ] | LEASING | [ ] | TRASFERENCIAS | [ ] |
| PRESTAMOS MODENA EXTRANJERA | [ ] | PAGOS SERVICIOS | [ ] | OTRAS | [ ] |

Especifique cual: Importaciones

| TIPO PRODUCTO | No DEL PRODUCTO | ENTIDAD | MONTO OPERACIÓN | CIUDAD | PAIS | MONEDA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Corriente | 6340401 5 | Davivienda Inti | 1.000.000. | MIAMI | EE.UU. | USD |
| | | | | | | |

**VI. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS**

**Declaro expresamente que:**
**1.** Los recursos que posee la Empresa provienen de las siguientes fuentes ( detalle ocupacion, oficio, actividad o negocio):

Comercio al por mayor de otro tipo de maquinaria y equipo N.C.P.

**2.** Las actividades realizadas por la Empresa se efectuan dentro del Marco Legal. Los recursos que posee NO provienen de actividades ilicitas de conformidad con el Codigo Penal Colombiano.
**3.** La información suminisrada en este formulario es veraz y verificable, y me obligo a actualizarla cuando asi se requiera.
**4.** Cláusula para apoderados: Certifico que toda la informacion suministrada y de la cual no soy titular ha sido obtenida de acuerdo con los parametros establecidos legalmente.
**5.** Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato NO se destinaran a la financiacion del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

**VII. DOCUMENTOS REQUERIDOS**

**1.** Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa ( 90 ) dias, expedido por la Camara de Comercio.
**2.** Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
**3.** Fotocopia del documento de identificacion del Representante legal de la Empresa.
**4.** Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado.
**5.** Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.
**APODERADO**
Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.

**VIII. AUTORIZACION DE USO DE INFORMACION**
**CONSIDERACIONES**

**1.** Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintedencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
**2.** Que conforme a los dispuesto en el literal b) del articulo 2 de la Ley1581 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 utilizacion no requeriria de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
**3.** Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
**4.** Que los datos tambien seran tratados para fines comercials, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

**AUTORIZACION**

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE, con Nit 900.959.048-4, ubicada en la Calle 9 No 39-46, teléfono 7560505 Cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.
**Declaro expresamente:**
I. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestacón 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 prestacion de servicios de salud.
II. 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 le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámiote 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 determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accedere a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadisticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envio de información relativa a encuestas de satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
**2.** El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad 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 finanlidades mencionadas a: a) Las peronas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas 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, compañias de asistencia medica, abogados internos y exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion 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 celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y estadisticos.
**4.** TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**
**ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO**
**FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA JURIDICA**

**CÓDIGO:** ET-CA-FT-022
**VERSIÓN:** 02
**FECHA:** 2017-08-22

**5.** DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran 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 que el capitulo XI del Titulo I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las mismas.

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

**7.** DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: 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 LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente 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 Sur Occidente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud ***(Calle 9 No 39-46, Bogota DC, Telefono 7560505 E-mail: dirfinanciera@subredsuroccidente.gov.co*** y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.

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

**IX. FIRMA Y HUELLA**

COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERIDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

**Firma Cliente / Representante Legal**



**Huella Indice Derecho**

| **X. INFORMACION DE ENTREVISTA** | | | | **XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION** | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1.Fecha** | | **2. Ciudad** | | **1. Fecha** | | **2. Ciudad** | |
| **3.Nombre del funcionario o Asesor:** | | | | **3. Nombre y Cargo de quien verifica:** | | | |
| **4. Lugar de la Entrevista:** | | | | **4. Lugar de la verificación:** | | | |
| **5. Observaciones:** | | | | **5. Observaciones:** | | | |
| **6. Resultado de la Entrevista:** | ACEPTADO ☐ | RECHAZADO ☐ | | **6. Firma y cédula:** | | | |
| **7. Firma y Cédula** | | | | | | | |