SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.

FORMULARIO CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL Y JURIDICA

DE ABLET 69 V5

CONSENTIMIENTO

Con el diligenciamiento de este formulario nos permitimos adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.3.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016 y 5.1.4 de la Circular Externa 20211700000054 de 2021, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. como Entidad vigilada y Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de Armas de Destrucción Masiva.

1. Que los datos personales solicitados en el presente Formulario de Conocimiento del Cliente son reales, verificables, 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 y la Financiación del Terrorismo.

2. Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que en consecuencia contemplan 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 se procede en utilización de respuesta de esta información de su titular, la cual prestara 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

AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por la ESE, Subred Integrada de Servicios de Sur ESE, con NIT 900439188-9, ubicada en la Carrera 24 C No 54-47 Sur Bogotá D.C., teléfono 7300000 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

A. 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 todas las fases precontractuales y contractuales que comprenda las actividades de prestación de servicios de salud.

B. 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, contratante contractual, Servidor Público, 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) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
   h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticos, 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) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud.
   k) Envío 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 INFORMACIÓN. Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a continuación:
   a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud.
   b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros.
   c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios .
   d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelante gestión para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros.
   e) A la UIAF, Fasecolda, y a cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevensión 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 PAISES: 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 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 Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de 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 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 LAS INFORMACIÓN: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur 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 ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Carrera 24 C No 54-47 Sur Bogotá D.C., telefono 7300000, y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude. (INDICAR DIRECCIÓN,CIUDAD, TELÉFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO).
9. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZO el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y 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.

NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredsur.gov.co) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".

(●) Acepto ( ) No acepto

1. SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT					
HA	Agosto 2025	DEPARTAMENTO	Bogota D.C.	CIUDAD	Bogota D.C.
DE VINCULACION CON LA ENTIDAD		CUAL?			

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL					
ER APELLIDO	Quintero	PRIMER NOMBRE	Daniela		
NDO APELLIDO:	Londoño	SEGUNDO NOMBRE	Alexandra		
E IDENTIFICACIÓN	C.C.	No IDENTIFICACIÓN	1026187710		
DE EXPEDICION	Bogotá	FECHA DE EXPEDICION	13-08-2014		
DE NACIMIENTO	10-08-1996	PAIS DE NACIMIENTO			
NALIDAD 1	Colombiana	NACIONALIDAD 2		ES RESIDENTE EN COLOMBIA	
CION RESIDENCIA	Kr 121 b #126 F34			PAIS DE RESIDENCIA	Colombia
E VIVIENDA	Arriendo	TELEFONO CELULAR 1	314 408 5392	TELÉFONO FIJO	
O ELECTRÓNICO	danielaquintero1oy@gmail.com			ESTADO CIVIL	Soltera
E ESTUDIOS	Universitario	OTRO - CUAL?	N.A	PROFESIÓN / OFICIO	Trabajador Social

2. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO			
APELLIDO	N.A	PRIMER NOMBRE	N.A
O APELLIDO:	N.A	SEGUNDO NOMBRE	N.A
DENTIFICACIÓN	N.A	No IDENTIFICACIÓN	N.A
E EXPEDICION	N.A	PAIS DE RESIDENCIA	N.A

Powered by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.

FORMULARIO CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL Y JURIDICA | **DE-GRLFT-08 V3**

3. PERSONA JURÍDICA

RAZÓN SOCIAL	NIT	CORREO ELECTRÓNICO
N.A	N.A	N.A

TIPO DE SOCIEDAD	NA								
TIPO DE EMPRESA	PRIVADA	N.A	PUBLICA	N.A	MIXTA	N.A	SIN ANIMO DE LUCRO	N.A	
ACTIVIDAD ECONOMICA	N.A	SI SELECCIONO OTRO - INDICAR CUAL							
CODIGO CIIU (PRINCIPAL)	N.A	SELECCIONAR CODIGO	N.A						
CODIGO CIIU (SECUNDARIO)	N.A	SELECCIONAR CODIGO	N.A						
DECLARA RENTA	N.A	ES RESPONSABLE DE IVA	N.A	ESTA OBLIGADO A FACTURAR	N.A				
NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONÓMICA	N.A					NIT	N.A		
ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	N.A	SI SELECCIÓN OTRO - INDIQUE CUAL	N.A			TELÉFONO	N.A		
DIRECCIÓN	N.A			PAIS	N.A				
DEPARTAMENTO - ESTADO	N.A			CIUDAD O MUNICIPIO	N.A				
CARGO O PERFIL ACTUAL	N.A			HGFHFH					

4. REPRESENTANTE LEGAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	TIPO DOCUMENTO							Nº IDENTIFICACIÓN
N.A	N.A	N.A	N.A	CC	NA	CE	N.A	PEP	NA	PN	N.A	N.A

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL DOCUMENTO	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CIUDAD
N.A	N.A	N.A	N.A

MARQUE CON UNA (X), SEGÚN CORRESPONDA, POR SU PERFIL, CARGO O PROFESIÓN

¿Administra recursos públicos?	N.A	¿Ejerce algún grado de poder público?	N.A	¿Tiene reconocimiento público?	N.A
¿Es usted un servidor público?	N.A	¿Es usted una Persona Públicamente Expuesta?	N.A	¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países?	N.A

¿Tienen vinculo con una persona expuesta publicamente (PEP)? Reportar vinculos con: Primer y segundo grado de consaguinidad: padres, hijos, abuelos, nietos, hermanos. Primer grado de afinidad: cónyuge, suegros, yernos o nueras y/o primer grado civil: hijos adoptivos o padres adoptantes. N.A

En caso afirmativo diligencie los siguientes datos:

Vinculo o relación	Tipo de documento	Numero de documento	Nombre Completo
N.A	N.A	N.A	N.A

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

FECHA DE CORTE	N.A	TOTAL ACTIVOS	-	TOTAL PASIVOS		TOTAL PATRIMONIO	-
INGRESOS MENSUALES	4'127.120.00	OTROS INGRESOS MENSUALES	-	TOTAL INGRESOS MENSUALES	4'127.120.00	TOTAL EGRESOS MENSUALES	4'000.000
CONCEPTO OTROS INGRESOS	N.A						

REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA:	N.A	CUAL	N.A
POSEE PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR	N.A	En caso afirmativo diligenciar los siguientes datos	

PRODUCTO	NUMERO PRODUCTO	ENTIDAD	MONEDA	ENTIDAD	CIUDAD	PAIS
N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A

6. DECLARACIÓN DEL ORIGEN DE LOS DINEROS Y/O FONDOS

Obrando en nombre propio, de manera voluntaria y 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":

Declaro expresamente que:

Mi actividad, profesión u oficio de la persona Natural o Jurídica es lícita, se ejerce dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
La información suministrada en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente. El incumplimiento de esta obligación faculta a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., para revocar y/o rescindir unilateralmente el contrato.
Los recursos que se deriven de esta relación contractual no se destinarán a la Financiación del Terrorismo.
Manifiesto que no he sido declarado responsable judicialmente por la comisión de delitos contra la Administración Pública cuya pena sea privativa de la libertad o que afecten el patrimonio del Estado o por delitos relacionados con la pertenencia, promoción o financiación de grupos ilegales, delitos de lesa humanidad, narcotráfico o corrupción.
Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio).

Actividades Como Trabajadora Social

7. FIRMA Y HUELLA

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

Daniela Quintero.

Firma



Huella Índice Derecho

Powered by CamScanner