

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
FORMULARIO CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL		DI-GRI-FT-07 V1	
SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARLAFT			
FECHA: 13-08-2015	CIUDAD: Bogotá	DEPARTAMENTO: Bogotá	
Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitiremos adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE, como entidad sometida al 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 y Financiación del Terrorismo.			
CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN LA EMPRESA (MARCA CON X)			
PROVEEDOR ☐	PARTICULAR ☐	CONTRATISTA OPS ☒	SERVIDOR PÚBLICO ☐
OTRO ☐		CUAL:	
1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Fajardo	Bulla	Ingr	Yrany
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐		Bogotá DC	2015-05-28
PASAPORTE ☐ OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐	
FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAÍS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
19-05-1997	Bogotá	Colombia	Colombiana
ESTADO CIVIL		PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS
SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐		2	1
UNION LIBRE ☐ VIUDO(A) ☐		TELÉFONO CELULAR: 323800315	
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA			PROFESIÓN / OFICIO
MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐ TÉCNICO ☒ TECNÓLOGO ☐ OTRO ☐			N/A Auxiliar enfermería
DIRECCIÓN RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAÍS RESIDENCIA:
KRTEN#110325UR	Bogotá DC	Bogotá	Colombia
CORREO ELECTRÓNICO:	PORTAL O PÁGINA INTERNET		TIPO DE VIVIENDA
4412874@hotmail.com	N/A		PROPIA ☐ FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☒
DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAÍS:
N/A	N/A	N/A	N/A
2. DATOS DEL CÓNYUGE			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
N/A	N/A	N/A	N/A
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)
C.C. ☐ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐		N/A	N/A
PASAPORTE ☐ OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐	
CUAL: N/A		NACIONALIDAD: N/A	
3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA:			
ASALARIADO ☐	ESTUDIANTE ☐	HOGAR ☐	PENSIONADO ☐
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☒	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PÚBLICO ☐
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐	OTRA ☐	
INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE:		CUAL: N/A	
DECLARA RENTA		CÓDIGOS C.U.I. ACTIVIDAD ECONÓMICA	
SI ☐ NO ☒		N/A N/A	
AGENTE RETENEDOR		PRINCIPAL: ☐ SECUNDARIA: ☐	
SI ☐ NO ☒		AGENTE AUTORETENEDOR	
SI ☐ NO ☒		SI ☐ NO ☒	
FUNCIIONARIO PÚBLICO		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONÓMICA	
ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS		N/A	
SI ☐ NO ☒		SI ☐ NO ☒	
ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO ☐ COMERCIAL ☐ SERVICIOS ☐ ALUD ☐	
EXPORTACIONES ☐ AGRÍCOLA ☐ ENERGÉTICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGÍA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐		# NIT: N/A	
OTRA ☐		CUAL: N/A	

DIRECCIÓN DE LA EMPRESA		TELÉFONO		CIUDAD/MUNICIPIO		DEPARTAMENTO		PAÍS	
N/A		N/A		N/A		N/A		N/A	
CARGO ACTUAL				FECHA VINCULACIÓN					
4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO									
RUMBO DE EMPLEADOS		VENTAS ANUALES		CÓDIGO ACTIVIDAD ECONOMICA		DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD		FECHA CONSTITUCIÓN	
N/A		N/A		N/A		N/A		N/A	
5. INFORMACIÓN FINANCIERA									
INGRESOS MENSUALES			EGRESOS MENSUALES			ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS			GASTOS FAMILIARES			AHORROS		SALDO HIPOTECA	
N/A			7.500.000			N/A		N/A	
HONORARIOS			ARRENDOS			INVERSIONES		TARJETAS DE CRÉDITO	
2.471.841			N/A			N/A		N/A	
ARRENDOS			CUOTA VEHICULO			VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
N/A			N/A			N/A		N/A	
COMISIONES			CUOTA VIVIENDA			PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
N/A			N/A			N/A		N/A	
OTROS INGRESOS*			OTROS EGRESOS*			OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
N/A			350.000			N/A		N/A	
TOTAL INGRESOS			TOTAL EGRESOS			TOTAL ACTIVOS		TOTAL PASIVOS	
2.471.841			7.800.000			N/A		N/A	
DESCRIPCIÓN OTROS INGRESOS			DESCRIPCIÓN OTROS EGRESOS			DESCRIPCIÓN OTROS ACTIVOS		DESCRIPCIÓN OTROS PASIVOS	
N/A			N/A			N/A		N/A	
6. REFERENCIAS PERSONALES (No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Cotraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)									
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE			
Gonzalez		Hernandez		Maria		Nancy			
DIRECCIÓN		CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAÍS		TIPO RELACIÓN		TELÉFONO FIJO Y/O EXTENSIÓN/CELULAR			
Cr 70N #74 D39 Sur		Bogotá		Amiga		321 390 1218			
7. REFERENCIA FINANCIERA									
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NÚMERO		SUCURSAL		TELÉFONO	
N/A		N/A		N/A		N/A		N/A	
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☐									
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NÚMERO		PAÍS/CIUDAD		MONEDA	
DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS: IMPORTACIÓN ☐ EXPORTACIÓN ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRÉSTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐								CUAL: N/A	
8. DECLARACIÓN DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS									
Quien suscribe la presente solicitud, otorgando en nombre propio, de manera voluntaria y dando fe de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de ingresos a la SUSRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 005 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 525 de 1999, 1171 de 2008 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción". 1. Que los recursos que entregue y entregue a la SUSRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.): Actividades Como Auxiliar de enfermeria 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 admite que terceros entreguen recursos en su 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 efectúe transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas. 4. Al mismo tiempo declara que los recursos que recibe de parte de la SUSRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE se destinan a actividades lícitas. 5. Informará inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma. 6. Cuando a ello haya lugar, acatando a la SUSRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUSRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionatorias con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mí efectuadas, acatando por lo tanto a la SUSRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR 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 fueron requeridos por la SUSRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE.									
9. DOCUMENTOS REQUERIDOS									
Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante. Pequeño empresario: Certificado de personería o inscripción de pago de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante. Profesional independiente/Contratista por OPB: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones + certificado de inscripción o cédula de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estado financiero certificado + declaración de renta si es declarante libre. Si presenta estado financiero o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legítima. Rescates Empresariales: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante.									
1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio (Para Comerciantes). 2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT. 3. Fotocopia inscripción en el RUT Central. 4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%. 5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si está obligado a declarar). 6. Estado Financiero del último periodo disponible, expedido de conformidad con las normas vigentes, certificado y/o dictaminado según sea el caso. (Obligados a llevar contabilidad). APODERADO: Aquella poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público. NOTA: Todos los conceptos de ingresos deben estar debidamente reportados. (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)									

16. 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.

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 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 Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidas 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, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, enténdase por la ESE, Subred Integrada de Servicios de Sur ESE, con NIT 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 4 3, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:

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, suministremos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende 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, contraparte 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 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, 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) 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 dicha 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 las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivadas 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 adelanta gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UAF, Fasecolida, y/o 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 que el capítulo XI de la Ley 1712 de 2014, que modifica la Ley 1581 de 2012, exige 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 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 Sur ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyen en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmiten, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal a) 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 20 #47B : 25 Sur Bogotá DC, teléfono 33090900, e-mail: sealtd@subredsur.gov.co) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude. INDICAR DIRECCIÓN, CIUDAD, TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO DE CONTACTO.

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.

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

IX. FIRMA Y HUELLA

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

Yvany Fejardo

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

X. INFORMACIÓN DE ENTREVISTA

1. Fecha	2. Ciudad
3. Nombre del funcionario o Asesor:	
4. Lugar de la Entrevista:	
5. Observaciones:	
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐ RECHAZADO ☐
7. Firma y Cédula	

XI. INFORMACIÓN DE VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN

1. Fecha	2. Ciudad
3. Nombre y Cargo de quien verifica:	
4. Lugar de la verificación:	
5. Observaciones:	
6. Firma y cédula:	