

CIRCULARES: *009 DE 2016 *005-5 DE 2022: "POLÍTICA DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CC
NO CORRESPONDA SE DEBE COLOCAR N/A. NO DEBEN QUEDAR CASILLAS EN BLANCO. LE/
DOCUMENTACION.

CIUDAD/ PAÍS Y FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:

1. CLASE O TIPO DE VIN

SERVIDOR PUBLICO

☐

CONTRATISTA OPS

☒

PARTICU

2. DATOS DE LA I

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

Lina

Marcela

TIPO DE IDENTIFICACIÓN

No
IDENTIFICACIÓN

CEDULA DE CIUDADANÍA

☒

CEDULA DE EXTRANJERÍA

☐

PASAPORTE

☐

OTRO

☐

CUAL: _____

1.032.456.644

ESTADO CIVIL

SOLTERO(A)

☒

CASADO(A)

☐

OTRO CUAL: _____

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACA

MAGISTER

☐

POSGRADO

☐

UNIVERSITARIO

☒

BACHILLER

☐

DIRECCIÓN RESIDENCIA:

CIUDAD RESIDENCIA

Cll 44 C Bis # 50-26

Bogotá

CORREO ELECTRÓNICO:

PORTAL O PAGINA INTERNE

linacepeda2993@gmail.com

DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)

CIUDAD:

3. DATOS DEL CÓNYUGE/

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

TIPO DE IDENTIFICACIÓN

No
IDENTIFICACIÓN

CEDULA DE CIUDADANÍA

☐

CEDULA DE EXTRANJERÍA

☐

PASAPORTE

☐

OTRO

☐

CUAL: _____

4. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓ

EMPLEADO PUBLICO

☐

PENSIONADO

☐

CONTRATISTA

☒

INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPO

DECLARA RENTA

☒

AGENTE RETENEDOR

☐

GRAN CONTRIBUYENTE

☐

AGENTE AUTORETENEDOR

☐

FUNCIONARIO PUBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS	
SI	☒	NO	☐
SI	☐	NO	☒

ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA

GOBIERNO

☐

☐

FINANCIERA

☐

SERVICIOS

☐

DIRECCIÓN DE LA EMPRESA	TELÉFONO
Cll 165 # 7	
CARGO ACTUAL	Enfermera

5. SOLO PARA INDEPENDIENTES

NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA

6. INFORMACIÓN DE INGRESOS Y EGRESOS

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES	
SALARIOS	3.684.660	GASTOS FAMILIARES	\$
HONORARIOS	19.810	ARRIENDOS	
ARRIENDOS	0	CUOTA VEHÍCULO	
COMISIONES	0	CUOTA VIVIENDA	
OTROS INGRESOS*	0	OTROS EGRESOS*	
TOTAL INGRESOS	3.684.660	TOTAL EGRESOS	\$
DESCRIPCIÓN OTROS INGRESOS		DESCRIPCIÓN OTROS EGRESOS	

NOTA: Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta a

**FORMULARIO PARA EL CO
PERSONA NATURA**

SUBRED INTEGRADA
G

7. REFERENCI

(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Co

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

Pineda

Hidalgo

DIRECCIÓN

CIUDAD/DEPARTAMENTO

Bogotá - Colombia

8. REFERENC

NOMBRE ENTIDAD

TIPO DE PRODUCTO

Banco BBVA

Ahorros

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA:

SI

☐

NOMBRE ENTIDAD

TIPO DE PRODUCTO

DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE OPERACION

PAGO SERVICIOS

☐

EXPORTACIÓN

☐

TRANSFERENCIAS

☐

IM

OBSERVACIONES: Con el diligenciamiento de este formulario se da cumplimiento al Proceso de C 009/2016:005-5/2022, expedidas por la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este Administración del Riesgo de Lavado de Activos, financiación del Terrorismo, Proliferación de armas Servicios de Salud Norte ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Naci

9. DECLARACIÓN DEL ORIG

Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza d **INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE**, con el propósito de que se pueda dar cumy Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":

1. Que los recursos y/o elementos que entregue y entregaré a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVIC** etc.):

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano

3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas coner o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relaciona

4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS

5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez teng

6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de n efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE 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 fueren re

10. DOCUMENT

1. Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses y declaración

2. Profesional Independiente: Declaración de renta si es declarante.

OPS:

4.1.Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.

4.2.Fotocopia Inscripción en el RIT Distrital.

4.3.Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.

4.4.Fotocopia Declaración de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)

11. AUTORIZACIÓN REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO:- AUTORIZACIÓN E BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICIA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES D

12. CONSII

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente o con la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención, y Control del L al sistemad de Corrupción, Opacidad y Fraude SICOE, adoptado por la Subred Norte ESE.

2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones qu aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo 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 trataran observando las dis

4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales.

12.1. AUT

Ante la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE, identificada con Nit 900.971.6 por la misma ESE antes mencionada. **Declaro expresamente:**

* Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o algu datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestació

* 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 a través del trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor P con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la ges encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Envío de información de Sujetos de modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. k) Intercambio de información en virtud de tratados Financiación del Terrorismo, proliferación de armas de destrucción masiva y el sistema SICOE.

2. TRATAMIENTO: El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encarga



Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Norte E.S.E.

FORMULARIO PARA EL CO PERSONA NATURA

SUBRED INTEGRADA
G

3. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos o utilizados por las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, inversores, contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos con las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantadas gestiones de para efecto de la celebración de contratos de administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos, la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES: Que en determinadas circunstancias se realicen transferencias de información a terceros países para las finalidades del tratamiento.

5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me han hecho o he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente el uso de mis datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contrato con la Superintendencia Nacional de Salud.

6. DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me han hecho o he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente el uso de mis datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contrato con la Superintendencia Nacional de Salud.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: Que como titular de la información, nos asisten los derechos de 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 las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado del presente formulario. Se declara que la información suministrada es verídica en todas sus partes.

9. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos en el presente formulario, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

13. FIRMA

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

Firma Cliente / Representante Legal

14. VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN (USUARIOS)

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

NOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE L (CIRCULARES 009/2016_005-5/2022)		CÓDIGO: AP-GF-F-24-04			
DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.		VERSIÓN: 4			
GESTIÓN FINANCIERA		PÁGINAS: 1 DE 3			
		FECHA: 15/06/2022			
ONTRAPARTE". SE DEBE DILIGENCIAR EL FORMATO EN SU TOTALIDAD, LO QUE NO APLIQUE O A DETENIDAMENTE EL FORMATO. DE IGUAL FORMA DEBE ALLEGAR LA TOTALIDAD DE LA					
Bogotá D.C - Colombia - 21 Enero 2024					
CULACIÓN (MARCA CON X)					
CLAR ☐		OTRO ☐ CUAL: _____			
PERSONA NATURAL					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:			
Cepeda		Zamora			
LUGAR Y FECHA EXPEDICIÓN:(A/M/D)		LUGAR Y FECHA NACIMIENTO:(A/M/D)		NACIONALIDAD	
Bogotá 2011/05/13		Bogotá 1993/04/29		Colombiana	
NUMERO DE HIJOS		PERSONAS A CARGO		TELÉFONO CELULAR	
0		0		3208795044	
DÉMICA			PROFESIÓN/OFICIO		
TECNÓLOGO ☐ OTRO ☐ CUAL: _____			Enfermera		
DEPARTAMENTO RESIDENCIA		PAÍS RESIDENCIA		TELÉFONO RESIDENCIA	
Bogotá D.C		Colombia			
ET		TIPO DE VIVIENDA			
		PROPIA ☐ FAMILIAR ☒ ARRENDADA ☐			
DEPARTAMENTO:		PAÍS:		TELÉFONO/FAX	
COMPAÑERO PERMANENTE					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:			
LUGAR Y FECHA EXPEDICIÓN:(A/M/D)		LUGAR Y FECHA NACIMIENTO:(A/M/D)		NACIONALIDAD	
MICA:(ULTIMO PERIODO DECLARADO)					
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐		OTRO ☐ CUAL:			
ONSABLE SEÑALE CON UNA EQUIS (X)					

IVA

ICA

CÓDIGO CIU ACTIVIDAD ECONÓMICA:

PRINCIPAL:

NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONÓMICA

Subred Norte

ABORA

NUMERO DE NIT

SALUD

☒

TECNOLOGÍA

☐

OTRA

☐

CUAL

CIUDAD/MUNICIPIO

DEPARTAMENTO

PAÍS

Bogotá

Bogotá D.C

Colombia

era

FECHA VINCULACIÓN

16-ene-21

ES O EMPLEADO SOCIO (Si aplica)

DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD

FECHA
CONSTITUCIÓN

TIPO SOCIEDAD

IÓN FINANCIERA

ES

ACTIVOS

PASIVOS

300.000,00

AHORROS

300.000

SALDO HIPOTECA

\$ 0,00

\$ 0,00

INVERSIONES

0

TARJETAS DE
CRÉDITO

\$ 9,00

\$ 0,00

VEHÍCULOS

0

DEUDA
VEHÍCULOS

\$ 0,00

\$ 0,00

PROPIEDADES

0

DEUDAS
TERCEROS

\$ 0,00

\$ 0,00

OTROS ACTIVOS*

0

OTROS PASIVOS*

0

300.000,00

TOTAL ACTIVOS

\$ 300.000

TOTAL PASIVOS

\$ 0

RESOS

DESCRIPCIÓN OTROS ACTIVOS

DESCRIPCIÓN OTROS PASIVOS

ctivos, herencias, legados, donaciones, etc.)

NOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE	CÓDIGO: AP-GF-F-24-04
L (CIRCULARES 009/2016_005-5/2022)	VERSIÓN: 4
DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.	PÁGINAS: 2 DE 3
GESTIÓN FINANCIERA	FECHA: 15/06/2022

AS PERSONALES

Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

Nombre:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
	Nathalia	
/PAÍS	TIPO RELACIÓN	TELÉFONO FIJO Y / O EXTENSIÓN/CELULAR
	Docente	3204585127

IA FINANCIERA

NUMERO	SUCURSAL	TELÉFONO
142605609	Indumil	4010000

NO ☐

NUMERO	PAÍS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO

IES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS

PORTACIÓN ☐ PRESTAMOS ☐ OTRA ☐ CUAL:

Conocimiento del Cliente o contraparte- debida diligencia, conforme a lo establecido en las Circulares No proceso es de carácter obligatorio y forma parte de las Políticas, enmarcadas dentro del Sistema de s de destrucción masiva, Sistema de Corrupción, Opacidad y Fraude SICOE, de la Subred Integrada de onal de Salud.

EN DE LOS DINEROS /FONDOS

De que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la **SUBRED** olimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia

SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio,

o (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
empladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente das con las mismas.

DE SALUD NORTE ESE se destinaran a actividades lícitas.

ja conocimiento de la misma.

ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED, en el caso de ormas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere

requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE.

OS REQUERIDOS

de Renta si es declarante.

3. Contratistas por

EXPRESA PARA REPORTAR, CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS E VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAÍSES.

DERACIONES

raparte- persona natural, estan regidos de acuerdo a las disposiciones e instrucciones impartidas por la lavado de Activos, Financiación del Terrorismo, Proliferación de armas de destrucción masiva y de acuerdo ue buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son o y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no posiciones legales vigentes.

ORIZACIÓN

006-4 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente una de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros on de servicios de salud.

os por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El ublico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El stión integral de los bienes y servicios contratados. g) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, o de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta tributación a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN o a las normas que lo y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. l) La prevención y control de Lavado de Activos,

dos del tratamiento que ella considere necesarios.

NOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE	CÓDIGO: AP-GF-F-24-04
L (CIRCULARES 009/2016_005-5/2022)	VERSIÓN: 4
DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.	PÁGINAS: 3 DE 3
GESTIÓN FINANCIERA	FECHA: 15/06/2022

os, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que
 Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos
 stigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y
 ratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades
 seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF y a cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la
 sgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para

adas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las

arán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no
 e para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los
 aparte, se debe tener en consideración lo requerido en las Circulares 009/2020 y 005-5/2022 de la

a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a

los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer,

sables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE y/o sus
 de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan,
 terior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE y/o sus Unidades Prestadoras de
 o) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para
 e armas de destruccion masiva, y al Sistema de Corrupción, Opacidad y fraude SICOF.
 os los sensibles y autorizo, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por
 o.

A Y HUELLA

INDIDO Y
 EXACTA Y



Huella Índice Derecho

SO EXCLUSIVO DE LA SUBRED NORTE ESE)
