

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

FORMULARIO UNICO DE CONOCIMIENTO DE PERSONA NATURAL Y JURIDICA

2026-03-28

Radicado #: 31904

Aceptar

| SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                     | FORMULARIO CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL |                                                                    | DI-GRI-FT-67 VI                                                                                                 |                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARLAFT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                                     |                                                                    |                                                                                                                 |                                                                                   |
| FECHA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 24-03-26                            | Ciudad:                                                             | Bogotá D.C.                                                        | DEPARTAMENTO:                                                                                                   | Bogotá                                                                            |
| <p>Declaro Cliente: Con el consentimiento de este formulario nos permite adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Número 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 como parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.</p> |                                     |                                                                     |                                                                    |                                                                                                                 |                                                                                   |
| CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN LA EMPRESA (MARCA CON X)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                     |                                                                     |                                                                    |                                                                                                                 |                                                                                   |
| PROVEEDOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/>            | PARTICULAR                                                          | <input type="checkbox"/>                                           | CONTRATISTA OPS                                                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/>                                               |
| SERVIDOR PÚBLICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/>            | OTRO                                                                | <input type="checkbox"/>                                           | CUAL:                                                                                                           | NA                                                                                |
| 1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                     |                                                                     |                                                                    |                                                                                                                 |                                                                                   |
| PRIMER APELLIDO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | SEGUNDO APELLIDO                    | PRIMER NOMBRE                                                       | SEGUNDO NOMBRE                                                     |                                                                                                                 |                                                                                   |
| Valderrama                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Pinateque                           | Nancy                                                               | Andrea                                                             |                                                                                                                 |                                                                                   |
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | No IDENTIFICACIÓN                   |                                                                     | LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio)                                | FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)                                                                                   |                                                                                   |
| C.C.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | C.E.                                | R.C.                                                                | NUP                                                                | 52274392                                                                                                        | Bogotá D.C.                                                                       |
| PASAPORTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/>            | OTRO                                                                | <input type="checkbox"/>                                           | NA                                                                                                              | 10-12-94                                                                          |
| FECHA NACIMIENTO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio) |                                                                     | PAÍS NACIMIENTO                                                    | NACIONALIDAD:                                                                                                   |                                                                                   |
| 30-10-76                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Bogotá D.C.                         |                                                                     | Colombia                                                           | Colombiana                                                                                                      |                                                                                   |
| ESTADO CIVIL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                     |                                                                     | PERSONA A CARGO                                                    | NUMERO DE HIJOS                                                                                                 | TELÉFONO CELULAR                                                                  |
| SOLTERO(A) <input type="checkbox"/> CASADO(A) <input type="checkbox"/> VIUDO(A) <input type="checkbox"/> DIVORCIADO(A) <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                     |                                                                     | 2                                                                  | 3                                                                                                               | 320431966                                                                         |
| NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                                                     |                                                                    |                                                                                                                 |                                                                                   |
| MAGISTER <input type="checkbox"/> POSGRADO TÉCNICO <input type="checkbox"/> UNIVERSITARIO TECNÓLOGO <input type="checkbox"/> BACHILLER <input type="checkbox"/> PRIMARIA <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUAL: NA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                     |                                                                     |                                                                    |                                                                                                                 |                                                                                   |
| DIRECCIÓN RESIDENCIA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     | Ciudad RESIDENCIA                                                   | DEPARTAMENTO:                                                      | PAÍS RESIDENCIA:                                                                                                | TELÉFONO RESIDENCIA                                                               |
| Calle 6 Sur #3A-54                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                     | Bogotá                                                              | Bogotá                                                             | Colombia                                                                                                        | 320431966                                                                         |
| CORREO ELECTRÓNICO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                     | PORTAL O PÁGINA INTERNET                                            |                                                                    | TIPO DE VIVIENDA                                                                                                |                                                                                   |
| andrea.valpina@gmail.com                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                     | NA                                                                  |                                                                    | PROPIA <input type="checkbox"/> FAMILIAR <input checked="" type="checkbox"/> ARRENDADA <input type="checkbox"/> |                                                                                   |
| DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     | Ciudad:                                                             | DEPARTAMENTO:                                                      | PAÍS:                                                                                                           | TELÉFONO/FAX                                                                      |
| NA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                     | NA                                                                  | NA                                                                 | NA                                                                                                              | NA                                                                                |
| 2. DATOS DEL CÓNYUGE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                     |                                                                     |                                                                    |                                                                                                                 |                                                                                   |
| PRIMER APELLIDO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | SEGUNDO APELLIDO                    | PRIMER NOMBRE                                                       | SEGUNDO NOMBRE                                                     |                                                                                                                 |                                                                                   |
| NA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | NA                                  | NA                                                                  | NA                                                                 |                                                                                                                 |                                                                                   |
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | NUMERO IDENTIFICACIÓN               |                                                                     | LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio)                                | FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)                                                                                   |                                                                                   |
| C.C.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | C.E.                                | R.C.                                                                | NUP                                                                | NA                                                                                                              | NA                                                                                |
| PASAPORTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/>            | OTRO                                                                | <input type="checkbox"/>                                           | CUAL: NA                                                                                                        | ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| NACIONALIDAD: NA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                                     |                                                                    |                                                                                                                 |                                                                                   |
| 3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                     |                                                                     |                                                                    |                                                                                                                 |                                                                                   |
| ASALARIADO SOCIO PROFESIONAL INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> | CONTRATISTA EMPLEADO SOCIO <input checked="" type="checkbox"/>      | HOJAR COMERCIANTE <input type="checkbox"/>                         | PENSIONADO EMPLEADO PÚBLICO OTRA... <input type="checkbox"/>                                                    | CUAL: NA                                                                          |
| INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                     | DECLARA RENTA <input type="checkbox"/>                              | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>            | IVA <input type="checkbox"/>                                                                                    | NO <input type="checkbox"/>                                                       |
| CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONÓMICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     | NA                                                                  | NA                                                                 | PRINCIPAL:                                                                                                      | SECUNDARIA:                                                                       |
| GRAN CONTRIBUYENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                     | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>             | AGENTE RETENEDOR                                                   | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                         | AGENTE AUTORETENEDOR                                                              |
| FUNCIÓNARIO PÚBLICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                     | ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS                                        | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONÓMICA                                          |                                                                                   |
| ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                     | GOBIERNO <input type="checkbox"/>                                   | COMERCIAL <input type="checkbox"/>                                 | SERVICIOS <input type="checkbox"/>                                                                              | SALUD <input type="checkbox"/>                                                    |
| EXPORTACIONES OTRA <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                     | AGRICOLA <input type="checkbox"/>                                   | ENERGÉTICA <input type="checkbox"/>                                | FINANCIERA <input type="checkbox"/>                                                                             | TRANSPORTE <input type="checkbox"/>                                               |
| CUAL:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     | NA                                                                  |                                                                    |                                                                                                                 |                                                                                   |

Powered by  CamScanner

**19. AUTORIZACIÓN REPORTE Y CONSULTA A LAS ENTIDADES 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 contenidos en el presente formulario de Consentimiento del Cliente son recogidos 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 artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidas en esta 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 requiere de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales contenidos en el presente formulario de consentimiento de los datos personales no están obteniendo las disposiciones legales vigentes.

**AUTORIZACIÓN**

Para efectos de la presente autorización, entendase por la ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud, con N° 900 959 051-7, ubicada en la Regional 34 No 5 - 43, teléfono 3 44 44 84 en 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 consultación y prestación de servicios por parte de la ESE, yo otorgo a sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, de manera totalitaria, sumistrando mis datos para todos los fines preventivos y controlados que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.
- B. Que la ESE y sus 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 los siguientes fines: a) El control de la actividad de vigilancia como consumidor, cliente, deudor, contraparte comercial, Saneador 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, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general, estudios de monitoreo del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y otras actividades de gestión 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 Datos de Vigilancia en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la Oficina 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, el 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 cada Entidad o por los encargados del tratamiento que se considere necesario.

3. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN. Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transferidos, entregados o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de sociedades o vinculadas a la ESE y/o 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 el control, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Las clínicas 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 celebren contratos de prestación de servicios de salud y/o de suministro de bienes y servicios. e) La UNF, Fomocita, y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes. f) La celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. g) A la UNF, Fomocita, y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes. h) La celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. i) A la UNF, Fomocita, y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES. Que en determinadas situaciones es necesario transferir información de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.

5. DATOS SENSIBLES. Que son facultados las respuestas a las preguntas que me han hecho a me hacen sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responder, 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 a la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de consentimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el artículo 13 del Título I de la Constitución Política de Colombia y el artículo 17 de la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012, en especial, el derecho a sancionar, actuar, defender, recibir y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

6. DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES. Que son facultados las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no he sido obligado a responder.

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 sancionar, actuar, defender, recibir 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 de la 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 comparten, transfieren, entregan o divulgan, en cumplimiento de lo previsto en el artículo 3 anterior, serán: a) La Subred Integrada de Servicios de Salud de la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. **CAUSA PERDIDA.**

9. AUTORIZACIÓN. De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos en los anexos y adjuntos, 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.subredsal.gov.co](http://www.subredsal.gov.co)) en el link "POLÍTICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACIÓN DE DATOS PERSONALES".

**DE 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

*Andrea Valderama*

Firma Cliente / Representante Legal



Firma del representante legal

**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:      | <input type="checkbox"/> ACEPTADO <input type="checkbox"/> 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                    |           |