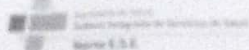


 Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.		FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL (CIRCULARES 009/2016, 005-5/2022) SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA		CÓDIGO AP 154-E 24 04 VERSIÓN 4 PÁGINAS: 1 DE 3 FECHA: 15/04/2022	
CIRCULARES: *009 DE 2016 *005-5 DE 2022: "POLÍTICA DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE". SE DEBE DILIGENCIAR EL FORMATO EN SU TOTALIDAD, LO QUE NO APLIQUE O NO CORRESPONDA SE DEBE COLOCAR N/A. NO DEBEN QUEDAR CASILLAS EN BLANCO. LEA DETENIDAMENTE EL FORMATO. DE IGUAL FORMA DEBE ALEGAR LA TOTALIDAD DE LA DOCUMENTACIÓN.					
CIUDAD/ PAÍS Y FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:		Bogotá, Colombia 12/09/2023			
1. CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN (MARCA CON X)					
SERVIDOR PÚBLICO ☐		CONTRATISTA OPS ☒		PARTICULAR ☐ OTRO ☐ CUAL: _____	
2. DATOS DE LA PERSONA NATURAL					
PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		PRIMER APELLIDO	
JOHANNA				CUENU SINISTERRA	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		No IDENTIFICACIÓN		LUGAR Y FECHA EXPEDICIÓN (A/M/D)	
CEDULA DE CIUDADANÍA ☒		1013625738		Bogotá, 24/09/2009	
CEDULA DE EXTRANJERÍA ☐				Bogotá, 07/07/1991	
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: _____				NACIONALIDAD	
				COLOMBIANA	
ESTADO CIVIL		NÚMERO DE HIJOS		PERSONAS A CARGO	
SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ OTRO CUAL: _____		0		2	
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA		TELÉFONO CELULAR		PROFESIÓN/OFICIO	
MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER ☐ TECNÓLOGO ☒ OTRO ☐ CUAL: _____		99999999		ASISTENTE DE ENFERMERÍA	
DIRECCIÓN RESIDENCIA:		CIUDAD RESIDENCIA		DEPARTAMENTO RESIDENCIA	
DG 101 BIS SUR 1 D 93		Bogotá		Cundinamarca	
CORREO ELECTRÓNICO:		PAÍS RESIDENCIA		TELÉFONO RESIDENCIA	
JOHANNA.SINISTERRA@HOTMAIL.COM		Colombia		99999999	
PORTAL O PÁGINA INTERNET		TIPO DE VIVIENDA		TELÉFONO/FAX	
		PROPIA ☐ FAMILIAR ☒ ARRENDADA ☐			
DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)		CIUDAD:		DEPARTAMENTO:	
PAÍS:		TELÉFONO/FAX			
3. DATOS DEL CÓNYUGE/ COMPAÑERO PERMANENTE					
PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		PRIMER APELLIDO	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		No IDENTIFICACIÓN		LUGAR Y FECHA EXPEDICIÓN (A/M/D)	
CEDULA DE CIUDADANÍA ☐					
CEDULA DE EXTRANJERÍA ☐					
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: _____					
				NACIONALIDAD	
4. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA (ÚLTIMO PERÍODO DECLARADO)					
EMPLEADO PÚBLICO ☐		PENSIONADO ☐		CONTRATISTA ☒ PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐ OTRO ☐ CUAL: _____	
INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE SEÑALE CON UNA EQUIS (X)					
DECLARA RENTA ☐		AGENTE RETENEDOR ☐		IVA ☐ ICA ☐	
GRAN CONTRIBUYENTE ☐		AGENTE AUTORETENEDOR ☐		CÓDIGO CIIU ACTIVIDAD ECONÓMICA: _____ PRINCIPAL: _____	
FUNCIONARIO PÚBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONÓMICA	
SI ☐ NO ☒		SI ☐ NO ☒			
ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		NÚMERO DE RIT			
GOBIERNO ☐ FINANCIERA ☐ SERVICIOS ☐ SALUD ☐ TECNOLOGÍA ☐ OTRA ☐ CUAL: _____					
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA		TELÉFONO		CIUDAD/MUNICIPIO	
				DEPARTAMENTO	
CARGO ACTUAL		FECHA VINCULACIÓN		PAÍS	
5. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO (Si aplica)					
NÚMERO DE EMPLEADOS		VENTAS ANUALES		CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	
DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD		FECHA CONSTITUCIÓN		TIPO SOCIEDAD	
6. INFORMACIÓN FINANCIERA					
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES \$ 1.100.000,00		ANOPROS \$ 500.000	
HONORARIOS \$ 2.480.000		ARRENDOS		INVERSIONES \$ 300.000,00	
ARRENDOS		CUOTA VEHÍCULO		VEHÍCULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*	
TOTAL INGRESOS \$ 2.480.000		TOTAL EGRESOS \$ 1.100.000		TOTAL ACTIVOS \$ 500.000	
DESCRIPCIÓN OTROS INGRESOS		DESCRIPCIÓN OTROS EGRESOS		DESCRIPCIÓN OTROS ACTIVOS	
DESCRIPCIÓN OTROS PASIVOS		DESCRIPCIÓN OTROS PASIVOS		DESCRIPCIÓN OTROS PASIVOS	

NOTA: Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)



FORMULARIO PARA EL CONSENTIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE
PERSONA NATURAL (BORRADOR ENVIADO 06/04/2024)
SUBSECRETARÍA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE S.S.S.
GESTIÓN FINANCIERA

ACTUARIOS AP-017-2-04-04
VERSIÓN 2
PÁGINA 3 DE 3
FECHA: 14/04/2024

3. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN: Que los datos suministrados puedan ser compartidos, transferidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas de: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como el comité, investigadores, comités de asesores médicos, asesores médicos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes, que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, modificación y finalización 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 adelanten gestiones de para efectos de la celebración de contratos de seguros y reaseguros. e) A la UGOT y a cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraude, la selección de riesgos y control de riesgos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios médicos y estadísticos.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES: Que en determinadas situaciones se requiera realizar transferencias internacionales de los 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 legislación 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 consentimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración lo dispuesto en las Circulares 009/2020 y 005-5/2022 de la Superintendencia Nacional de Salud.

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

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1293 de 2009 y 1561 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 Subsecretaría de Servicios de Salud Norte S.S.S. y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyen en el anexo 1 del presente consentimiento. En todo caso, los encargados del tratamiento de los datos que se comparten, transfieren, transmiten, entregan o divulgan, en desarrollo de lo previsto en el literal c) del numeral 3 anterior, serán: a) La Subsecretaría de Servicios de Salud Norte S.S.S. y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Calle 86 No. 15-41 Bogotá D.C. Teléfono 44211790, email: confid@subsecretaria.gov.co) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y el control del lavado de activos, financiación del terrorismo, proliferación de armas de destrucción masiva, y el Sistema de Corrupción, Opacidad y Fraude SICOF.

9. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y no sensibles, 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.

13. FIRMA Y HUELLA

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

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Cliente

14. VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN (USO EXCLUSIVO DE LA SUBSECRETARÍA NORTE ESE)

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