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

FORMULARIO CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL | DI-GR-F-1-87 V1

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT

FECHA:	Enero 12 2020	CIUDAD:	Bogota D.C.	DEPARTAMENTO:	Cundinamarca

Estimado Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1 de la Circular No 009 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo

CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN LA EMPRESA (MARCA CON X)

PROVEEDOR		PARTICULAR		CONTRATISTA OPS	X	SERVIDOR PÚBLICO		OTRO		CUAL:	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Lopez		Maria del	Carmen.

TIPO DE IDENTIFICACIÓN				No IDENTIFICACIÓN	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
CC X	CE	RC	NUIP	20886583	San Bernardo (Cundinamarca)	
PASAPORTE	OTRO			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI	NO	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAÍS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
03-13-1967	Arbelaez (Cundinamarca)	Colombia	Colombiana

ESTADO CIVIL			PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELÉFONO CELULAR
SOLTERO(A)	CASADO(A) X	DIVORCIADO(A)	1	3	3114546954
UNION LIBRE	VIUDO(A)				

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA						PROFESIÓN / OFICIO
MAGISTER	POSGRADO	UNIVERSITARIO	BACHILLER	PRIMARIA	CUAL: NA	Auxiliar de Enfermeria
TECNICO X	TECNÓLOGO	OTRO				

DIRECCIÓN RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAÍS RESIDENCIA:	TELÉFONO RESIDENCIA
Calle 62 Sur N° 87F 30	Bogotá	Cundinamarca	Colombia	3114546954

CORREO ELECTRÓNICO:	PORTAL O PÁGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
carmencita0313@hotmail.com.	NA	PROPIA	FAMILIAR X	ARRENDADA

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
García	Lopez	Carlos J.	Julio

TIPO DE IDENTIFICACIÓN				NUMERO IDENTIFICACIÓN	LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)
CC X	CE	RC	NUIP	3153577	San Bernardo (Cundinamarca)	
PASAPORTE	OTRO	CUAL		ES RESIDENTE EN COLOMBIA SI X	NO	NACIONALIDAD: Colombiana

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA:

	ESTUDIANTE ☐	HOGAR ☐	PENSIONADO ☐	CUAL:			
	CONTRATISTA ☒	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐				
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐		OTRA ☐				
INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA	SI ☐	IVA	SI ☐	NO ☐	CODIGOS C.I.I.U ACTIVIDAD ECONOMICA	
		NO ☐	ICA	SI ☐	NO ☐	N A	N A
						PRINCIPAL: ☐	SECUNDARIA: ☐

FUNCIONARIO PÚBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DÓNDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONÓMICA
SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	N A

ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO ☐	COMERCIAL ☐	SERVICIOS ☐	SALUD ☐	# NIT
APORTACIONES MEDICAMENTOS ☐	AGRICOLA ☐	ENERGÉTICA ☐	FINANCIERA ☐	TRANSPORTE ☐	TECNOLOGÍA ☐	ALIMENTOS ☐
TRA ☐	CUAL	N A				

DIRECIÓN DE LA EMPRESA	TELÉFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAÍS
N A	N A	N A	N A	N A
CARGO ACTUAL	N A		FECHA VINCULACIÓN	N A

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NÚMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCIÓN	TIPO SOCIEDAD
N A	N A	N A	N A	N A	N A

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
ALARIOS		GASTOS FAMILIARES	$ 1.400.000	AHORROS	100.000	SALDO HIPOTECA	N A
ONORARIOS	$ 1.512.000	ARRIENDOS	N A	INVERSIONES	N A	TARJETAS DE CRÉDITO	25.000.000
RRIENDOS	N A	CUOTA VEHÍCULO	N A	VEHÍCULOS	N A	DEUDA VEHÍCULOS	N A
OMISIONES	N A	CUOTA VIVIENDA	N A	PROPIEDADES	N A	DEUDAS TERCEROS	N A
TROS INGRESOS*	N A	OTROS EGRESOS*	N A	OTROS ACTIVOS*	N A	OTROS PASIVOS*	N A
OTAL INGRESOS	$ 0	TOTAL EGRESOS	$ 0	TOTAL ACTIVOS	$ 0	TOTAL PASIVOS	$ 0

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
Caicedo	Gutierrez	Maria	Fernanda.
DIRECCIÓN	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAÍS**	**TIPO RELACIÓN**	**TELÉFONO FIJO Y / O EXTENSIÓN/CELULAR**
Calle 47B Sur N° 23-25	Bogotá.	Amiga	322 383 7358

7. REFERENCIA FINANCIERA

ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO	SUCURSAL	TELÉFONO
NA	NA	NA	NA	NA

REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☐

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO	PAÍS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEI
NA	NA	NA	NA	NA	NA

DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS

IMPORTACIÓN ☐ EXPORTACIÓN ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRÉSTAMOS ☐ PAGO SERVICIO ☐ CUAL: ☐

OTRA ☐

8. DECLARACIÓN DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Suscribe la presente solicitud obrando en nombre propio de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto realiza la siguiente declaración de fondos a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE** con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Ext de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud y de las Leyes 526 de 1999 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción"

Que los recursos que entregue y entregaré a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE** provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación profes oficio etc.):

Actividades como Auxiliar de Enfermería

Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilicita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione complemente o modifiq No admitire que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilicitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma adicione complemente o modifique), ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas

Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE se destinaran a actividades licitas

Informare inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma

Cuando a ello haya lugar autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con SUBRED 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 norr mencionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas eximiendo por lo tanto a la SUBRED 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

Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE

AUTORIZACIÓN REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA REPORTAR,CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACI CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAME CONSULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES.

CONSIDERACIONES

Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintende Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo

Que conforme a los dispuesto en el literal b) del articulo 2 de la Ley1581 de 2012 las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos la disposicion 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 mismo por lo que en principio su utilizacion no requerira de una autorización de su titular la cual proviene de la Ley

Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes

Que los datos tambien seran tratados para fines comerciales razon por la cual procedo a emitir la siguiente

AUTORIZACIÓN

A efectos de la presente autonzación entiéndase por la ESE Subred Integrada de Servicios de Sur ESE con Nit 900 959 051-7 ubicada en la Diagonal 34 No 6 - 43 telefono 3 34 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada

Claro expresamente:

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 debidam solicitadas suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestacion de servicios de salud

Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud me han informado expresamente

FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES. Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud para las siguien finalidades: a) El tramite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servic El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinacion de tarifas y analisis y selecc gos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre d) El control y la prevención del nesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas f) Todo lo que involucre la ge gral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accedere a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud elaboración de estudios técnicos estadisticas encuestas analisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envio de información rel sfaccion en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud k) Envio de información de Sujetos de tributación en los Estados Unido nal 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 mas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La preven trol de Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo

El tratamiento podra ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios

USUARIOS DE LA INFORMACION. Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a personas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud b) Los operadores necesarios para el cumplimiento chos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud tales como call center, investigadores, compañ tencia médica, abogados internos y exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion tratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto peracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos tos de la prevension 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 elabora estudios técnicos y estadisticos