



CONSIDERACIONES

Con el diligenciamiento de este formulario nos permitimos adelantar al Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Manual 8.2.2.2.1 de la Circular Externa No 009 de 2019 y 8.1.1 de la Circular Externa 0031700000003 de 2021, de la Superintendencia Nacional de Salud, la realización de este proceso se debe considerar obligatoria 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 conservadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de Actos de Unificación de Actos.

1. Que los datos personales suministrados en el presente Formulario de Conocimiento del Cliente son verídicos, atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y las subentidades 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 tienen la protección de datos personales y que se encuentran contenidas en dicha disposición, no son aplicables a los datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, investigación y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio no aplican en relación con el presente formulario de conocimiento del cliente, la cual proviene de la Ley.

3. Que los datos personales suministrados para el estudio técnico del riesgo se encuentran observando las disposiciones legales vigentes.

4. Que los datos también serán utilizados para fines conexos, razón por la cual procedo a recibir la siguiente:

AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, otorgada por la ESE Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE, con NIT 900038584-9, ubicada en la Carrera 24 C No 54-47 Sur Bogotá D.C., teléfono 7300000 que otorga su totalidad a la Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa e indirectamente por la misma Entidad sobre 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, suministraré mis datos para todos los fines personalísimos y conexos que componen 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, dueño, contraparte contractual, Servicio Público, Contratista por OPB 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.

2. Todo lo que involucra la gestión integral de los bienes y servicios contratados.

3. Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

4. La elaboración de estudios técnicos, estadísticos, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general, estudios técnicos del sector salud.

5. El uso 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.

6. Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud.

7. Envío de información de Sujetos de Infracción en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN.

8. En los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables.

9. Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia.

10. La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

11. EL TRATAMIENTO PODRÁ SER REALIZADO DIRECTAMENTE POR CITADA ENTIDAD O POR LOS ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO QUE EL LA CONSIDERE NECESARIOS.

12. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas a continuación:

- a) Las personas jurídicas 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 de derechos y obligaciones derivados 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 adelante gestión para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros.
- e) A la UIF, FISCALÍA, y a 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.

13. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.

14. 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 del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.

15. 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.

16. 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.

17. 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 incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se comparten, transfieren, transmiten, entregan o divulgan, en desarrollo de los previstos 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 24 C No 54-47 Sur Bogotá D.C., teléfono 7300000, y cualquier otra persona pública legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraude. (INDICAR DIRECCIÓN, CIUDAD, TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO DE CONTACTO).

18. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZO el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y 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.subredsur.gov.co) en el Link "POLÍTICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACIÓN DE DATOS PERSONALES".

1. SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARLAFT

FECHA	30/08/2025	DEPARTAMENTO	BOGOTÁ D.C.	CIUDAD	BOGOTÁ D.C.
TIPO DE VINCULACIÓN CON LA ENTIDAD		CONTRATISTA OPS	CUAL?		N/A

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	LINARES	PRIMER NOMBRE	WILMER
SEGUNDO APELLIDO	URREGO	SEGUNDO NOMBRE	SNEIDER
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA DE CIUDADANÍA	Nº IDENTIFICACIÓN	1033734500
LUGAR DE EXPEDICIÓN	BOGOTÁ	FECHA DE EXPEDICIÓN	26/06/2008
FECHA DE NACIMIENTO	22/05/1991	PAÍS DE NACIMIENTO	COLOMBIA

NACIONALIDAD 1	COLOMBIANA	NACIONALIDAD 2	N/A	ES RESIDENTE EN COLOMBIA	SI
DIRECCIÓN RESIDENCIA	CL 64 SUR 16 T 16		PAIS DE RESIDENCIA		COLOMBIA
TIPO DE VIVIENDA	FAMILAR	TELEFONO CELULAR 1	3203275418	TELÉFONO FIJO	N/A
CORREO ELECTRÓNICO	SNEIDERLINARES1991@GMAIL.COM		ESTADO CIVIL		SOLTERO (A)
NIVEL DE ESTUDIOS	TECNÓLOGO	OTRO CUAL?	N/A	PROFESIÓN / OFICIO	TECNICO

2. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO

PRIMER APELLIDO	N/A	PRIMER NOMBRE	N/A
SEGUNDO APELLIDO	N/A	SEGUNDO NOMBRE	N/A
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA DE CIUDADANÍA	Nº IDENTIFICACIÓN	N/A
LUGAR DE EXPEDICIÓN	N/A	PAÍS DE RESIDENCIA	COLOMBIA

3. PERSONA JURIDICA

RAZÓN SOCIAL	N/A	NIT	N/A	CORREO ELECTRÓNICO	N/A
TIPO DE SOCIEDAD	N/A				
TIPO DE EMPRESA	PRIVADA	N/A	PÚBLICA	N/A	MIXTA
ACTIVIDAD ECONÓMICA	N/A	SI SELECCIONA OTRO INDICAR CUAL			N/A
CÓDIGO CIIU (PRINCIPAL)	N/A	SELECCIONAR CÓDIGO			N/A
CÓDIGO CIIU (SECUNDARIO)	N/A	SELECCIONAR CÓDIGO			N/A
DECLARA RENTA	NO APLICA	SI RESPONSABLE DE N/A	NO APLICA	ESTA OBLIGADO A FACTURAR	NO

NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA				N/A				NET		N/A							
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA				N/A		SI SELECCION OTRO INDIQUE CUAL		N/A		TELÉFONO		N/A					
DIRECCIÓN				N/A				PAIS				N/A					
DEPARTAMENTO - ESTADO				N/A				CIUDAD O MUNICIPIO				N/A					
CARGO O PERFIL ACTUAL				N/A													
4. REPRESENTANTE LEGAL																	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		TIPO DOCUMENTO						N° IDENTIFICACIÓN			
N/A		N/A		N/A		N/A		CC	N/A	CE	N/A	PEP	N/A	PN	N/A	N/A	
LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL DOCUMENTO		DIRECCIÓN				TELÉFONO						CIUDAD					
N/A		N/A				N/A						N/A					
MARQUE CON UNA (X), SEGÚN CORRESPONDA, POR SU PERFIL, CARGO O PROFESIÓN																	
¿Administra recursos públicos?				NO APLICA		¿Ejerce algún grado de poder público?				NO APLICA		¿Tiene reconocimiento público?				NO	
¿Es usted un servidor público?				NO APLICA		¿Es usted una Persona Públicamente Expuesta?				NO APLICA		¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países?				NO APLICA	
¿Tienen vínculo con una persona expuesta públicamente (PEP)? Reportar vínculos con: Primer y segundo grado de consanguinidad: padres, hijos, abuelos, nietos, hermanos. Primer grado de afinidad: cónyuge, suegros, yernos o nueros y/o primer grado civil: hijos adoptivos o padres adoptantes.														NO APLICA			
En caso afirmativo diligencie los siguientes datos:																	
Vínculo o relación		Tipo de documento				Numero de documento				Nombre Completo							
N/A		N/A				N/A				N/A							
N/A		N/A				N/A				N/A							
N/A		N/A				N/A				N/A							
N/A		N/A				N/A				N/A							
N/A		N/A				N/A				N/A							
5. INFORMACIÓN FINANCIERA																	
FECHA DE CORTE		31/12/2024		TOTAL ACTIVOS		\$ 8.500.000,00		TOTAL PASIVOS		\$ 1.300.000,00		TOTAL PATRIMONIO		\$ 7.200.000,00			
INGRESOS MENSUALES		\$ 2.440.000,00		OTROS INGRESOS MENSUALES		N/A		TOTAL INGRESOS MENSUALES		\$ 2.440.000,00		TOTAL EGRESOS MENSUALES		\$ 2.440.000,00			
CONCEPTO OTROS INGRESOS				N/A													
REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA:				NO		CUAL		N/A									
POSEE PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR				NO		En caso afirmativo diligencie los siguientes datos											
PRODUCTO		NUMERO PRODUCTO		ENTIDAD		MONEDA		ENTIDAD		CIUDAD		PAIS					
N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A					
N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A					
N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A					
6. DECLARACIÓN DEL ORIGEN DE LOS DINEROS Y/O FONDOS																	
Obrando en nombre propio, de manera voluntaria y con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2008 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción".																	
Declaro expresamente que:																	
1. Mi actividad, profesión u oficio de la persona Natural o Jurídica es lícita, se ejerce dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.																	
2. La información suministrada en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente. El incumplimiento de esta obligación faculta a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., para revocar y/o rescindir unilateralmente el contrato.																	
3. Los recursos que se deriven de esta relación contractual no se destinarán a la financiación del Terrorismo.																	
4. Manifiesto que no he sido declarado responsable judicialmente por la comisión de delitos contra la Administración Pública cuya pena sea privativa de la libertad o que afecten el patrimonio del Estado o por delitos relacionados con la pertenencia, promoción o financiación de grupos ilegales, delitos de lesa humanidad, narcotráfico o corrupción.																	
5. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio).																	
ACTIVIDADES COMO TECNICO																	
7. FIRMA Y HUELLA																	
COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERIDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO																	
FIRMA AUTOGRÁFA O ESCANEADA Y PONER HUELLA WILMER LINARES																	
Firma																	