

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. GOBIERNO DE BOGOTÁ	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	FORMULARIO CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL Y JURIDICA	DE-GRI-FT-08 V3
--	---	--	-----------------

CONSIDERACIONES

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 Externa No 009 de 2016 y 5.1.4 de la Circular Externa 2021170000005-5 de 2021, 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 forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de Armas de Destrucción Masiva.

1. Que los datos personales solicitados en el presente Formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas 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 literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha 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 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 tratan observando las disposiciones legales vigentes.

4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, enténdase por la ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE, con Nit 900958564-9, ubicada en la Carrera 24 C No 54-47 Sur Bogotá D.C., teléfono 7300000 y/o 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 contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende 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, deudor, contraparte contractual, Servidor 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 técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud.
- i) Envío 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.
- 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 Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal 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 las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables.
- l) 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 CITADA ENTIDAD O POR LOS ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO QUE ELLA CONSIDERE NECESARIOS.

3. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la 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 UIAF, Fasecolda, 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.

4. 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.

5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran 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.

6. 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.

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 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 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 compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal e) 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 jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude. (INDICAR DIRECCIÓN, CIUDAD, TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO DE CONTACTO).

9. 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".

☒ Acepto

☐ No acepto

1. SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARLAFT					
FECHA	15/10/2025	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	CASTILLO	PRIMER NOMBRE	INGRITH		
SEGUNDO APELLIDO:	DAZA	SEGUNDO NOMBRE	LORENA		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA DE CIUDADANIA	No IDENTIFICACIÓN	1007407626		
LUGAR DE EXPEDICIÓN	BOGOTÁ	FECHA DE EXPEDICION	21/06/2018		
FECHA DE NACIMIENTO	05/06/2000		PAIS DE NACIMIENTO	COLOMBIA	
NACIONALIDAD 1	COLOMBIANA	NACIONALIDAD 2	N/A	ES RESIDENTE EN COLOMBIA	SI
DIRECCION RESIDENCIA	CARRERA 7 ESTE #30-49		PAIS DE RESIDENCIA	COLOMBIA	
TIPO DE VIVIENDA	PROPIA	3105105924	TELÉFONO FIJO	N/A	
CORREO ELECTRÓNICO	CASTILLO-I@JAVERIANA.EDU.CO		ESTADO CIVIL	SOLTERO (A)	
NIVEL DE ESTUDIOS	UNIVERSITARIO	OTRO - CUAL?	N/A	PROFESIÓN / OFICIO	ENFERMERA
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 CIUDADANIA	No IDENTIFICACIÓN	N/A		
LUGAR DE EXPEDICION	N/A	PAIS DE RESIDENCIA	COLOMBIA		

 AL CALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. CORPORACIÓN PÚBLICA DE SANTANDER 1991 S.A.S.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	FORMULARIO CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL Y JURIDICA	DE-GRI-FT-08 V3

3. PERSONA JURIDICA													
RAZÓN SOCIAL					NIT		CORREO ELECTRÓNICO						
N/A					N/A		N/A						
TIPO DE SOCIEDAD:					N/A								
TIPO DE EMPRESA:					PRIVADA	N/A	PUBLICA	N/A	MIXTA	N/A	SIN ANIMO DE LUCRO	N/A	
ACTIVIDAD ECONOMICA					N/A					SI SELECCIONO OTRO - INDICAR CUAL			N/A
CODIGO CIU (PRINCIPAL)					N/A					SELECCIONAR CODIGO			
CODIGO CIU (SECUNDARIO)					N/A					SELECCIONAR CODIGO			
DECLARA RENTA		NO APLICA		ES RESPONSABLE DE IVA		NO APLICA		ESTA OBLIGADO A FACTURAR		NO			
NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DÓNDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA					N/A					NIT		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								

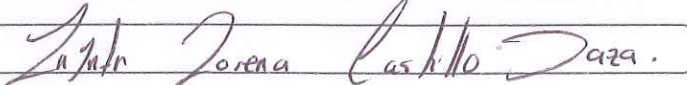
4. REPRESENTANTE LEGAL																
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		TIPO DOCUMENTO				N° IDENTIFICACIÓN				
N/A		N/A		N/A		N/A		CC	N/A	CE	N/A	PEP	N/A	PN	N/A	N/A
LUGAR DE EXPEDICION DEL DOCUMENTO		DIRECCIÓN				TELÉFONO				CIUDAD						
N/A		N/A				N/A				N/A						

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		N/A		TOTAL PASIVOS		\$ 1.500.000,00		TOTAL PATRIMONIO		N/A	
INGRESOS MENSUALES		N/A		OTROS INGRESOS MENSUALES		N/A		TOTAL INGRESOS MENSUALES		N/A		TOTAL EGRESOS MENSUALES		\$ 1.500.000,00	
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 2006 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).									

ENFERMERA									
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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 AUTOGRAFA O ESCANEADA Y PONER HUELLA									
									
Firma									
									
Huella Índice Derecho									