| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E | |
|---|---|---|
| | FORMULARIO CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL | DI-GRI-FT-07 V1 |

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

| FECHA: | 11-2020 | CIUDAD: | Bogotá D.C | DEPARTAMENTO: | Cundinamarca |
|---|---|---|---|---|---|

Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa 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 Terronsmo.

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

| PROVEEDOR | PARTICULAR | CONTRATISTA OPS | SERVIDOR PÚBLICO | OTRO | CUAL: |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | ☐ | ☒ | ☐ | ☐ | NA |

**1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL**

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO: | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Garcia | Lara | Gloria | Edith |

| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | | | | No IDENTIFICACIÓN | LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio) | FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C.C. ☒ | C.E ☐ | R.C. ☐ | NUIP ☐ | 1.071.164.890 | La Calera | 2007/10/25 |
| PASAPORTE ☐ | OTRO ☐ | NA | | | ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ | NO ☐ |

| FECHA NACIMIENTO: | LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio) | PAÍS NACIMIENTO | NACIONALIDAD: |
|---|---|---|---|
| 17/10/1989 | La Calera | Colombia | Colombiana |

| ESTADO CIVIL | | | PERSONA A CARGO | NUMERO DE HIJOS | TELÉFONO CELULAR |
|---|---|---|---|---|---|
| SOLTERO(A) ☒ | CASADO(A) ☐ | DIVORCIADO(A) ☐ | 2 | NA | 3125570341 |
| UNION LIBRE ☐ | VIUDO(A) ☐ | | | | |

| NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA | | | | | | PROFESIÓN / OFICIO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| MAGISTER ☐ | POSGRADO ☐ | UNIVERSITARIO ☒ | BACHILLER ☐ | PRIMARIA ☐ | CUAL: NA | Enfermera |
| TÉCNICO ☐ | TECNÓLOGO ☐ | OTRO ☐ | | | | |

| DIRECCIÓN RESIDENCIA: | CIUDAD RESIDENCIA | DEPARTAMENTO: | PAÍS RESIDENCIA: | TELÉFONO RESIDENCIA |
|---|---|---|---|---|
| cll 18va A-1 Este-28 | Calera | Cundinamarca | Colombia | NA |

| CORREO ELECTRÓNICO: | PORTAL O PÁGINA INTERNET | TIPO DE VIVIENDA | | |
|---|---|---|---|---|
| gaglogala@gmail.com | NA | PROPIA ☐ | FAMILIAR ☒ | ARRENDADA ☐ |

| DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene) | CIUDAD: | DEPARTAMENTO: | PAÍS: | TELÉFONO/FAX |
|---|---|---|---|---|
| N/A | 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. ☐ | NUIP ☐ | NA | NA | NA | |
| PASAPORTE ☐ | OTRO ☐ | CUAL: NA | | ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ | NO ☐ | NACIONALIDAD: | NA |

**3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA:**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ASALARIADO ☐ | ESTUDIANTE ☐ | HOGAR ☐ | PENSIONADO ☐ | CUAL: NA | |
| SOCIO ☐ | CONTRATISTA ☒ | COMERCIANTE ☐ | EMPLEADO PUBLICO ☐ | | |
| PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐ | EMPLEADO SOCIO ☐ | | OTRA.... ☐ | | |

| INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE: | DECLARA RENTA | | | | | CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONÓMICA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | SI ☐ | IVA | SI ☐ | NO ☒ | | NA NA |
| | NO ☒ | ICA | SI ☐ | NO ☒ | PRINCIPAL: ☐ | SECUNDARIA: ☐ |

| FUNCIONARIO PÚBLICO | ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS | NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DÓNDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONÓMICA |
|---|---|---|
| SI ☐ NO ☒ | SI ☐ NO ☒ | NA |

Scanned by TapScanner

| ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA | GOBIERNO ☐ COMERCIAL ☐ SERVICIOS ☐ SALUD ☒ | # NIT | NA |
|---|---|---|---|

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGÉTICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGÍA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐

OTRA ☐ CUAL: NA

| DIRECIÓN DE LA EMPRESA | TELÉFONO | CIUDAD/MUNICIPIO | DEPARTAMENTO | PAÍS |
|---|---|---|---|---|
| NA | NA | NA | NA | NA |
| CARGO ACTUAL | NA | | FECHA VINCULACIÓN | NA |

**4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO**

| NÚMERO DE EMPLEADOS | VENTAS ANUALES | CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA | DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD | FECHA CONSTITUCIÓN | TIPO SOCIEDAD |
|---|---|---|---|---|---|
| NA | NA | NA | NA | NA | NA |

**5. INFORMACIÓN FINANCIERA**

| INGRESOS MENSUALES | | EGRESOS MENSUALES | | ACTIVOS | | PASIVOS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SALARIOS | NA | GASTOS FAMILIARES | 2000.000 | AHORROS | NA | SALDO HIPOTECA | NA |
| HONORARIOS | 3000.000 | ARRIENDOS | NA | INVERSIONES | NA | TARJETAS DE CRÉDITO | NA |
| ARRIENDOS | NA | CUOTA VEHÍCULO | NA | VEHÍCULOS | NA | DEUDA VEHÍCULOS | NA |
| COMISIONES | NA | CUOTA VIVIENDA | NA | PROPIEDADES | NA | DEUDAS TERCEROS | NA |
| OTROS INGRESOS* | NA | OTROS EGRESOS* | NA | OTROS ACTIVOS* | NA | OTROS PASIVOS* | NA |
| TOTAL INGRESOS | $ 0 | TOTAL EGRESOS | $ 0 | TOTAL ACTIVOS | $ 0 | TOTAL PASIVOS | $ 0 |

| DESCRIPCIÓN OTROS INGRESOS | DESCRIPCIÓN OTROS EGRESOS | DESCRIPCIÓN OTROS ACTIVOS | DESCRIPCIÓN OTROS PASIVOS |
|---|---|---|---|
| NA | NA | NA | NA |

**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 |
|---|---|---|---|
| Castellanos | Arango | Maya | NA |
| **DIRECCIÓN** | **CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAÍS** | **TIPO RELACIÓN** | **TELÉFONO FIJO Y / O EXTENSIÓN/CELULAR** |
| cll 67 # 17B 10 sur | Bogotá D.C | amiga | 3102998726 |

**7. REFERENCIA FINANCIERA**

| NOMBRE ENTIDAD | TIPO DE PRODUCTO | NÚMERO | SUCURSAL | TELÉFONO |
|---|---|---|---|---|
| NA | NA | NA | NA | NA |

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

| NOMBRE ENTIDAD | TIPO DE PRODUCTO | NÚMERO | PAÍS/CIUDAD | MONEDA | MONTO PROMEDIO |
|---|---|---|---|---|---|
| NA | NA | NA | NA | NA | NA |

DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACIÓN ☐ EXPORTACIÓN ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRÉSTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐

CUAL: NA

**8. DECLARACIÓN DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS**

Quien 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 fuentes de fondos a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E** con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Supenntendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción".

1. Que los recursos que entregue y entregaré a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E** provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

Actividades como Enfermera

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E se destinaran a actividades licitas.
5. Informare inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas 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 E.S.E 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.
7. 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 E.S.E

Scanned by TapScanner

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

**CONSIDERACIONES**

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 estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley1581 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 utilizacion no requeriria 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 trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comercials, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

**AUTORIZACIÓN**

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por la E.S.E, Subred Integrada de Servicios de Sur E.S.E, con Nit 900958564-9, ubicada en la Carrera 20 # 47B -35 sur , 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 prestacón de servicios por parte de la E.S.E 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 prestacion de servicios de salud.
B. Que la E.S.E 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 le E.S.E y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, 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 determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral 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. h) La elaboración de estudios técnicos , estadisticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envio de información relativa a encuestas de satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la E.S.E y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio 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 INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las peronas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la E.S.E y/o Unidades Prestadodas de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la E.S.E y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la E.S.E y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion 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 para efectos 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, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y estadísticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION 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 capitulo XI del Título I de la Circular Básica Juridica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Extema 009 de la Superintendencia Nacionalde 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.

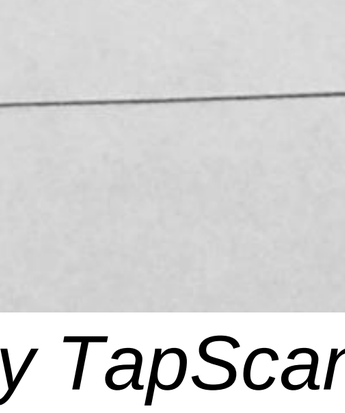
7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E 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 los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud ***(Carrera 20 #47B - 35 Sur Bogotá DC, telefono 7300000 )*** y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.***(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)***.
9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizao, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los terminos que nos fueron informados en el presente documento.

**IX. 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

Elana Edith Garcia Lara

**Firma Cliente / Representante Legal**



Huella Indice Derecho

INFORMACIÓN DILIGENCIADA POR LA ENTIDAD

| 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: | ACEPTADO ☐ | 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: | | | |

Scanned by TapScanner