

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. ESTRATÉGICO - GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL		CÓDIGO: ET-CA-ET-011 VERSION: 03 FECHA: 2018-12-31	
SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)					
FECHA: 23-02-2021		CIUDAD: Bogotá		DEPARTAMENTO: cundinamarca	
Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá 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, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente 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 y Financiación del Terrorismo.					
CLASE O TIPO DE VINCULACION LA EMPRESA (MARCA CON X)					
PROVEEDOR ☐		PARTICULAR ☐		CONTRATISTA OPS ☒	
SERVIDOR PUBLICO ☐		OTRO ☐		CUAL:	
I. DATOS DE LA PERSONA NATURAL					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE	
Martínez		Mosquera		Martha	
SEGUNDO NOMBRE		No IDENTIFICACION		FECHA EXPEDICION (DD-MM-AAAA)	
consuelo		52-270-346		20-06-1994	
TIPO DE IDENTIFICACION (Marcar con X)		LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio/Departamento)		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ NO ☐	
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐		Bogotá			
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL:					
FECHA NACIMIENTO (DD-MM-AAAA)		LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio/Departamento)		PAIS NACIMIENTO	
05-06-1973		Istmina Choco		colombiana	
ESTADO CIVIL (Marcar Con X)		PERSONAS A CARGO		NUMERO DE HIJOS	
SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☒ VIUDO(A) ☐		3		3	
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA (Marcar con X)		TELEFONO FIJO/CELULAR		PROFESION/ OFICIO	
PRIMARIA ☐ BACHILLER ☐ TECNICO ☒ TECNOLOGO ☐		313 837 8678		Auxiliar enfermería	
UNIVERSITARIO ☐ POSTGRADO ☐ MAGISTER ☐ OTRO ☐		CUAL:			
DIRECCION RESIDENCIA		CIUDAD RESIDENCIA		DEPARTAMENTO	
Cra 3b N° 46A 11 Sur		Bogotá		cundinamarca	
CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:		PORTAL O PAGINA INTERNET		TIPO DE VIVIENDA (Marcar con X)	
Martha 42 consuelo@gmail.com				PROPIA ☐ FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☒	
DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)		CIUDAD:		DEPARTAMENTO:	
PAIS:		TELEFONO/FAX			
2. DATOS DEL CONYUGE					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE	
Aguilar		Renteria		Jackson	
SEGUNDO NOMBRE		LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio/Departamento)		FECHA EXPEDICION (DD-MM-AAAA)	
Aldemar		Istmina Choco		19-06-1987	
TIPO DE IDENTIFICACION (Marcar con X)		NUMERO IDENTIFICACION		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐	
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐		82383 354			
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL:				NACIONALIDAD:	
3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA (Marcar con X):					
ASALARIADO ☐		CONTRATISTA ☒		PENSIONADO ☐	
ESTUDIANTE ☐		SOCIO ☐		PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	
HOGAR ☐		COMERCIANTE ☐		EMPLEADO SOCIO ☐	
EMPLEADO PUBLICO ☐		OTRA: ☐		CUAL:	
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:		DECLARA RENTA SI ☐ NO ☒		CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA (DIGITAR CODIGO)	
		IVA SI ☐ NO ☒		PRINCIPAL: 8692 SECUNDARIA: 8692	
		ICA SI ☐ NO ☒			
GRAN CONTRIBUYENTE SI ☐ NO ☒		AGENTE RETENEDOR SI ☐ NO ☒		AGENTE AUTORETENEDOR SI ☐ NO ☒	
FUNCIONARIO PUBLICO SI ☐ NO ☒		ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS SI ☐ NO ☒		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA	
				Martha consuelo Martinez Mosquera	
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO ☐ COMERCIAL ☐ SERVICIOS ☐ SALUD ☒ ENERGIA ☐ ALIMENTOS ☐		52-270-346	
EXPORTACIONES ☐ FINANCIERA ☐ MEDICAMENTOS ☐ AGROPECUARIA ☐ INDUSTRIAL ☐ TECNOLOGIA ☐ OTRA: ☐					
DIRECCION DE LA EMPRESA		TELEFONO FIJO/CELULAR		CIUDAD/MUNICIPIO	
Cra 3b N° 46A 11 S		313 837 8678		Bogotá	
CARGO ACTUAL		Auxiliar de enfermería		DEPARTAMENTO	
				cundinamarca	
				PAIS	
				Colombia	
				FECHA VINCULACION (DD-MM-AAAA)	

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION (DD-MM-AAAA)	TIPO SOCIEDAD

5. INFORMACIÓN FINANCIERA (PESOS \$)

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES		AHORROS		SALDO HIPOTECA	
PROFITARIOS		ARRENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	0	TOTAL EGRESOS	0	TOTAL ACTIVOS	0	TOTAL PASIVOS	0
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	

6. REFERENCIAS PERSONALES

(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
padilla	padilla	Jennifer	Paola
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
calle 45 No 15A-14	Bogotá/cundinamarca/colombia	Amiga	304 2927571

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
DAVIVIENDA	cuenta de Ahorros	0550488416778485	Trmiza	46352-16

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☐ (Marcar con X)

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	CIUDAD/PAIS	MONEDA	MONTO
IMPORTACION ☐	EXPORTACION ☐	TRANSFERENCIA ☐	PAGO SERVICIOS ☐	PRESTAMO ☐	OTRO ☐
				CUAL:	

8. INFORMACION COMERCIAL (Marcar con X)

POR QUE MEDIO O CANAL CONOCIO SOBRE LOS SERVICIOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE	CORRESPONDECTA ☐	PUBLICIDAD ENTIDAD ☐	MERCADEO ☐	INTERNET ☐	BASE DE DATOS ☐	EVENTOS ☐
OTRA ☐ CUAL:	REFERENCIADO CLIENTE NUEVO ☐	REFERENCIADO CLIENTE ANTIGUO ☐	INVITACION A COTIZAR ☐	PORTAL WEB SUBRED ☐	LLAMADA TELEFONICA ☐	PORTALES EMPLEO ☐

9. DECLARACION 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 CENTRO ORIENTE ESE 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":

1. Que los recursos que entregue y entregará a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

Auxiliar de enfermería

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: 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 medica, 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 adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya 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 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 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.

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.

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)

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 mí.

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 Conto Oriente 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 lo previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán: a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Conto Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, teléfono 344 44 84, e-mail sarlaft@subredcentrooriente.gov.co) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.

9. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizado, 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: Si desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES"

11. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERDADERA EN TODAS SUS PARTES Y EN CONSTANCIA FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Martha Martinez

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

12. INFORMACION DE ENTREVISTA

1. Fecha y Hora:	2. Ciudad:
3. Nombre del Funcionario Subred:	
4. Lugar de la Entrevista:	
5. Observaciones:	
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐ RECHAZADO ☐
7. Firma y Cédula:	
8. Proceso Responsable Subred:	

13. VERIFICACION DE LA INFORMACION

1. Fecha y Hora:	2. Ciudad:
3. Nombre y Cargo (Contraparte):	
4. Lugar de la verificación:	
5. Observaciones:	
6. Firma y No Cédula:	
7. Nombre Apellidos Funcionario Subred:	
8. Proceso Responsable Subred:	