

FUNCIONARIO PÚBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA	
SI ☒	NO ☐	SI ☐	NO ☒	Subred de servicios integrados Centro Oriente	
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO		# NIT	
		☐ SÍ ☐ NO			
EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ LOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐		TRANSPORTE ☐			
OTRA ☒ CUAL: X					

DIRECCION DE LA EMPRESA	TELÉFONO	CUIDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Dg34N543	3444484	Bogotá	Colombia	
CARGO ACTUAL	Fecha Vinculación 1-07-17			
Trapeuta Respiratoria				

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO				
NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION TIPO SOCIEDAD

5. INFORMACIÓN FINANCIERA						
INGRESOS MENSUALES			EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS	
SALARIOS	2600.000		GASTOS FAMILIARES	300.000	AFOROS	600.000
HONORARIOS	0		ARRENDOS	750.000	INVERSIONES	200.000
ARRENDOS	0		CUOTA VEHICULO	0	VEHICULOS	0
COMISIONES	0		CUOTA VIVIENDA	0	PROPIEDADES	0
OTROS INGRESOS*	250.000		OTROS EGRESOS*	390.000	OTROS ACTIVOS*	0
TOTAL INGRESOS	29500.00		TOTAL EGRESOS	1440.000	TOTAL ACTIVOS	800.000
DESCRIPCION OTROS INGRESOS			DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	
Turno de trabajo extras			Pago de Activos EPS AEPasen		0	

6. REFERENCIAS PERSONALES	
No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte, debe ser identificable en Herencia (liberal)	
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:
Delgado	Munera
DIRECCION	CUIDAD/DEPARTAMENTO/PAIS
Calle 236b6A #3567 Kennedy	Bogotá
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Seigda	Lois
TIPO REDICION	TELÉFONO FIJO Y / O EXTENSION CELULAR
Amigo	3209500004-350542072

7. REFERENCIA FINANCIERA	
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA:	SI NO
	☒

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAIS/CUIDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO
DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS					
IMPORT ☐	EXPORTA ☐	TRANSFERENCIA ☐	PRESTAMOS ☐	PAGO SERVICIOS ☐	CUAL: ☐

8. 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 entregue a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

Trapeuta Respiratoria

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad lícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique).
3. No admitir que terceros enriquezcan 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 CENTRO ORIENTE ESE se destinaron a actividades lícitas.
5. Informaré 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 CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.
Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.
Profesional Independiente/Contratista por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados financieros certificados + **declaración de renta si es declarante** Nota: Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.
Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio. (Para Comerciantes)
 2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
 3. Fotocopia Inscripción en el RIT Distrital.
 4. Fotocopia del documento de identificación, ampliado al 150%.
 5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
 6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso (Obligados a llevar contabilidad)
- APODERADO:** Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados. (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

10. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR CONSULTA Y COMPARTIR INFORMACION CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA CREDITICIA, 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 estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a los 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 requerirá 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 tratarán observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 4 - 3, teléfono 3 44 44 84 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 regulaciones 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.

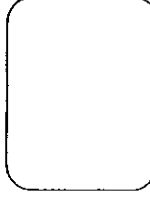
3. **USUARIOS DE LA INFORMACION:** Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. 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 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 adelanten gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolida, 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 el 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 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.

IX. FIRMA Y HUELLA

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

Clayton Milne Mora

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

X. INFORMACION 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. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION	
1. Fecha	2. Ciudad
3. Nombre y Cargo de quien verifica:	
4. Lugar de la verificación:	
5. Observaciones:	
6. Firma y cédula:	

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

FECHA:	CUIDAD:	DEPARTAMENTO:
<p>Disgustado Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1.1. 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 Centro Oriente SSE, 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.</p>		

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

PROVEEDOR	☐	PARTICULAR	☐	CONTRATISTA OPS	☐	☒	SERVIDOR PUBLICO	☒	OTRO	☐	CUAL:	<input type="text"/>
-----------	--------------------------	------------	--------------------------	--------------------	--------------------------	-------------------------------------	------------------	-------------------------------------	------	--------------------------	-------	----------------------

L DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Molina	Challin	Claudia	Milena

TIPO DE IDENTIFICACION	Nº IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
------------------------	-------------------	--	----------------------------------

CC	☒	CE	☐	RC	☐	NUP	☐	107342260	Boys	3011-Ph:0-09
----	-------------------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------	-----	--------------------------	-----------	------	--------------

☐ PASAPORTE	☐ OTRO	☐ SI ☒ NO	☐ ES RESIDENTE EN COLOMBIA
FECHA	LUGAR NACIMIENTO		

NACIMIENTO:	(Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:

01-01-1993	Aipe Huila	Colombia	Colombiana	TELEFONO
------------	------------	----------	------------	----------

PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	CELTULAR
☒ SOLTERO(A) ☐ VIUJO(A) ☐ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE		

	PROFESSION	311298
(continued)		

NIVEL DE ESTUDIOS/FORMACION ACADÉMICA

OFICIO	PRIMARIA	BACHILLER	UNIVERSITARIO	POSGRADO	MAESTER
TECNICO					
PRIMARIA					
BACHILLER					
UNIVERSITARIO					
POSGRADO					
MAESTER					

[illegible]

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA:	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELÉFONO RESIDENCIA:
-----------------------	--------------------	---------------	------------------	----------------------

FR70DG5511607114410388	Bogotá	Cundinamarca	Columbia
CORREO ELECTRONICO:		PORTAL O PAGINA INTERNET	

TIPO DE VIVIENDA	
PROPIA ☐	FAMILIAR ☐
ARRENDADA ☒	
<p>no se debe incluir la vivienda Comunal</p>	

DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (S.A.)	Ciudad:	Departamento:	País:
--	---------	---------------	-------

[illegible]

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
-----------------	-------------------	---------------	----------------

[illegible]

TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
------------------------	-----------------------	--	----------------------------------

[illegible]

3. INFORMACIÓN A CTIVIDAD ECONOMICA

ASALARIADO	☐	ESTUDIANTE	☐	UOC-AR	☐	PENSIONADO	☐
------------	--------------------------	------------	--------------------------	--------	--------------------------	------------	--------------------------

☐	SOCIO	☒	CONTRATISTA	☐	HOGAR	☐	EMPLEADO PUBLICO	CUAL:
☐	PROFESIONAL	☐	EMPLEADO	☐	COMERCIANTE			

INDEPENDIENTE	☐	SOCIO	☐	OTRA...	☐
COMUNICAR CUALquier CAMBIO EN ESTOS DATOS					

[illegible]

CATEGORIA	ICA		PRINCIPAL:		SECUNDARIA:	
	NO	SI	NO	SI	NO	SI
1	☐	☐	☒	☐	☒	☐
2	☐	☐	☐	☒	☐	☐

☐	☒	☐	☒
SÍ	NO		
GRAN CONTRIBUYENTE SI		AGENTE RETENEDOR	
☐	☒	☒	☐
NO	NO	NO	NO
		AGENTE AUTORETENEDOR	
		☒	☐
		NO	