		INVITACIÓN A COTIZAR				CÓDIGO : AP-CT-F-04-04
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.				VERSIÓN : 4
		GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN				PÁGINA : 1 DE 2
						FECHA : 12/06/2018
CONTRATACIÓN DIRECTA No. 142 - 2019 S.NTE CON KAIKA S.A.S.						
OBJETO A CONTRATAR		CONTRATAR EL SERVICIO DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO Y PREVENTIVO INCLUIDO REPUESTOS DE LAS AUTOCLAVES MARCA MATACHANA PARA GARANTIZAR LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN DE LAS DIFERENTES UNIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.				
ESPECIFICACIONES DEL BIEN O SERVICIO						
Item	Nombre / Descripción	Unidad de medida	Cantidad	Promedio Consumo Mensual	Especificación Técnica	Observaciones
1	VISITA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO PARA AUTOCLAVE MODELO S-1000	VISITA	1	N.A	EQUIPO MARCA: MATACHANA, MODELO: S-1000	USS SIMÓN BOLÍVAR, CENTRAL DE ESTERILIZACION
2	VISITA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO SC-500	VISITA	1	N.A	EQUIPO MARCA: MATACHANA, MODELO: SC-500	USS SIMÓN BOLÍVAR, CENTRAL DE ESTERILIZACION
3	VISITA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO LAVADORA TERMOMESINFECTORA MODELO: MATLD521	VISITA	1	N.A	EQUIPO MARCA: MATACHANA, MODELO: MATLD521	USS SIMÓN BOLÍVAR, CENTRAL DE ESTERILIZACION
4	VISITA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO SC-500	VISITA	1	N.A	EQUIPO MARCA: MATACHANA, MODELO: SC-500	USS SIMÓN BOLÍVAR, LACTARIO
5	VISITA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO S-1000	VISITA	1	N.A	EQUIPO MARCA MATACHANA, MODELO S-1000	USS ENGATIVA CALLE 80, CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN
6	VISITA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO S-1000	VISITA	1	N.A	EQUIPO MARCA: MATACHANA, MODELO: S-1000	USS ENGATIVA CALLE 80, CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN
7	JUNTA EMPAQUE PUERTA	UNIDAD	1	A DEMANDA	AUTOCLAVE MARCA: MATACHANA, MODELO: S-1000 Y SC-500	
8	REGULADOR DE AIRE	UNIDAD	1	A DEMANDA	AUTOCLAVE MARCA: MATACHANA, MODELO: S-1000 Y SC-500	
9	VALVULA HIDRONEUMATICA CLAMP 1/2	UNIDAD	1	A DEMANDA	AUTOCLAVE MARCA: MATACHANA, MODELO: S-1000 Y SC-500	
10	FILTRO DE AIRE ESTERIL	UNIDAD	1	A DEMANDA	AUTOCLAVE MARCA: MATACHANA, MODELO: S-1000 Y SC-500	
11	ELECTROVALVULA ENTRADA DE AGUA	UNIDAD	1	A DEMANDA	AUTOCLAVE MARCA: MATACHANA, MODELO: S-1000 Y SC-500	
12	VALVULA REGULADORA DE ESCAPE CONSTANTE	UNIDAD	1	A DEMANDA	AUTOCLAVE MARCA: MATACHANA, MODELO: S-1000 Y SC-500	
13	ELECTROBOMBA DE VACIO	UNIDAD	1	A DEMANDA	AUTOCLAVE MARCA: MATACHANA, MODELO: S-1000 Y SC-500	
14	VALVULA HIDRONEUMATICA CLAMP 3/4	UNIDAD	1	A DEMANDA	AUTOCLAVE MARCA: MATACHANA, MODELO: S-1000 Y SC-500	
15	TERMOSTATO TANQUE DE VACIO	UNIDAD	1	A DEMANDA	AUTOCLAVE MARCA: MATACHANA, MODELO: S-1000 Y SC-500	
16	PURGADOR TERMODINAMICO	UNIDAD	1	A DEMANDA	AUTOCLAVE MARCA: MATACHANA, MODELO: S-1000 Y SC-500	
17	JUNTA CLAMP DE VITON DIN NW20	UNIDAD	1	A DEMANDA	AUTOCLAVE MARCA: MATACHANA, MODELO: S-1000 Y SC-500	
18	JUNTA CLAMP DE VITON DIN 1	UNIDAD	1	A DEMANDA	AUTOCLAVE MARCA: MATACHANA, MODELO: S-1000 Y SC-500	

19	SERPENTIN ENFRIAMIENTO	UNIDAD	1	A DEMANDA	AUTOCLAVE MARCA: MATACHANA, MODELO: S-1000 Y SC-500	
20	PAPEL PARA IMPRESORA	UNIDAD	1	A DEMANDA	AUTOCLAVE MARCA: MATACHANA, MODELO: S-1000 Y SC-500	
21	FILTROS PARA AGUA	UNIDAD	1	A DEMANDA	AUTOCLAVE MARCA: MATACHANA, MODELO: S-1000 Y SC-500	
22	MODULO DE ENTRADAS DE TEMPERATURA	UNIDAD	1	A DEMANDA	AUTOCLAVE MARCA: MATACHANA, MODELO: S-1000 Y SC-500	
23	BASE TARJETA PLC	UNIDAD	1	A DEMANDA	AUTOCLAVE MARCA: MATACHANA, MODELO: S-1000 Y SC-500	
24	IMPRESORA TERMICA GeBe RS232 24V DC	UNIDAD	1	A DEMANDA	AUTOCLAVE MARCA: MATACHANA, MODELO: S-1000 Y SC-500	
25	BOYA DE NIVEL FLOTADOR	UNIDAD	1	A DEMANDA	AUTOCLAVE MARCA: MATACHANA, MODELO: S-1000 Y SC-500	
26	MANGUERA ENTRADA DE VAPOR	UNIDAD	1	A DEMANDA	AUTOCLAVE MARCA: MATACHANA, MODELO: S-1000 Y SC-500	
27	MANGUERA TANQUE DRENAJE	UNIDAD	1	A DEMANDA	AUTOCLAVE MARCA: MATACHANA, MODELO: S-1000 Y SC-500	
28	RESISTENCIA CALENTADORA 6KW	UNIDAD	1	A DEMANDA	AUTOCLAVE MARCA: MATACHANA, MODELO: S-1000 Y SC-500	
29	KIT CONEXIONES RESISTENCIAS	UNIDAD	1	A DEMANDA	AUTOCLAVE MARCA: MATACHANA, MODELO: S-1000 Y SC-500	
30	CONJUNTO PARO DE EMERGENCIA	UNIDAD	1	A DEMANDA	AUTOCLAVE MARCA: MATACHANA, MODELO: S-1000 Y SC-500	
31	VENTILADOR SISTEMA DE CONTROL	UNIDAD	1	A DEMANDA	AUTOCLAVE MARCA: MATACHANA, MODELO: S-1000 Y SC-500	
32	ELECTROVALVULA DOBLE 3/2	UNIDAD	1	A DEMANDA	AUTOCLAVE MARCA: MATACHANA, MODELO: S-1000 Y SC-500	
33	VALVULA HIDRONEUMATICA INOX 2 VIAS 3/4	UNIDAD	1	A DEMANDA	AUTOCLAVE MARCA: MATACHANA, MODELO: S-1000 Y SC-500	
34	BOMBA DE VACÍO DE ANILLO LÍQUIDO	UNIDAD	1	A DEMANDA	AUTOCLAVE MARCA: MATACHANA, MODELO: S-1000 Y SC-500	
35	ELECTROBOMBA AGUA 1 KW III 380/220V 60HZ, 2,1/3,6A	UNIDAD	1	A DEMANDA	AUTOCLAVE MARCA: MATACHANA, MODELO: S-1000 Y SC-500	

CRONOGRAMA DE LA INVITACIÓN

CIERRE Y ENTREGA DE PROPUESTAS

Fecha: DENTRO DE LOS TRES (3) DÍAS SIGUIENTES A LA PUBLICACIÓN DE ESTA INVITACIÓN.
A TRAVÉS DEL CORREO ELECTRÓNICO comprasrednorte1@gmail.com

DOCUMENTOS SOPORTES QUE DEBE ANEXAR EL PROPONENTE

JURÍDICOS:

1. ROTULACIÓN DE LOS SOBRES DE PRESENTACIÓN (MODELO ANEXO No. 1 ENTREGADO POR LA SUBRED)
2. CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA (MODELO ANEXO No. 2 ENTREGADO POR LA SUBRED)
3. CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO APOORTE PARAFISCALES (MODELO ANEXO No. 3 ENTREGADO POR LA SUBRED)
4. COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN (MODELO ANEXO No. 4 ENTREGADO POR LA SUBRED)
5. CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL / MATRÍCULA MERCANTIL (EXPEDICIÓN NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS)
6. FOTOCOPIA DEL REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT
7. FOTOCOPIA DEL REGISTRO DE IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA - RIT
8. FOTOCOPIA DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL REPRESENTANTE LEGAL AMPLIADA AL 150%
9. CERTIFICADO ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A 30 DÍAS
10. CERTIFICADO ANTECEDENTES - CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS
11. CERTIFICADO ANTECEDENTES - PERSONERÍA DE BOGOTÁ D.C., DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS

12. CERTIFICADO ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA NACIONAL, DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS
13. CERTIFICADO DE REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS - POLICÍA NACIONAL, DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS
14. CERTIFICACIÓN BANCARIA

SARLAFT:

- AP-GF-F-23-02 FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - EMPRESA; EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN LA CIRCULAR EXTERNA No. 009 - 2016 DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD (ANEXO No. 5 ENTREGADO POR LA SUBRED).
- ESTADOS FINANCIEROS DEL ÚLTIMO PERIODO DISPONIBLE, EXPEDIDOS DE CONFORMIDAD CON LAS NORMAS VIGENTES, CERTIFICADOS Y/O DICTAMINADOS SEGÚN SEA EL CASO.
 - FOTOCOPIA DECLARACIÓN DE RENTA DEL ULTIMO PERIODO GRAVABLE DECLARADO.

NOTA: SE DEBE DILIGENCIAR EN SU TOTALIDAD, NO DEJAR ESPACIOS EN BLANCO, EN ESE CASO DE QUE NO APLIQUE DILIGENCIAR (N/A).
SI REQUIERE APODERADO, ADJUNTAR PODER DEBIDAMENTE FIRMADO CON RECONOCIMIENTO ANTE NOTARIO PÚBLICO.

TÉCNICOS:

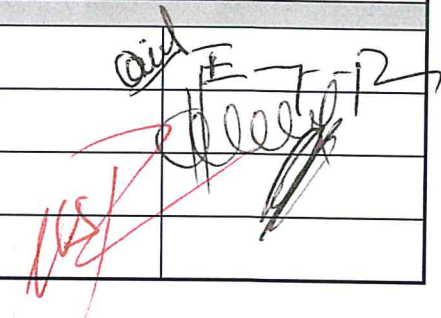
- ENTREGA DE HOJAS DE VIDA DEL PERSONAL QUE REALIZA EL MANTENIMIENTO DE LOS EQUIPOS DONDE SE ANEXE UNA CARTA QUE CERTIFIQUE QUE EL PERSONAL SE ENCUENTRA TÉCNICAMENTE CALIFICADO PARA REALIZAR LAS ACTIVIDADES DEL OBJETO A CONTRATAR.
- CARTA FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL EN LA CUAL SE COMPROMETA A BRINDAR SOPORTE TÉCNICO Y ASESORÍA EN EL MANEJO DE LOS EQUIPOS AL PERSONAL DE LA SUBRED NORTE
- CARTA FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL EN LA CUAL SE COMPROMETA A PROVEER LOS REPUESTOS ORIGINALES NECESARIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS.
- CARTA FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL EN LA CUAL SE COMPROMETA A BRINDAR GARANTÍA DE LOS REPUESTOS SUMINISTRADOS Y COMPROMETERSE A CAMBIAR DE FORMA INMEDIATA AQUELLOS DE MALA CALIDAD O DEFECTUOSOS POR OTROS DE PERFECTAS CONDICIONES.
- CARTA FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL EN LA CUAL SE COMPROMETA A BRINDAR GARANTÍA DE LA MANO DE OBRA Y COMPROMETERSE A REPARAR LOS DAÑOS CAUSADOS POR LA MALA MANIPULACIÓN DERIVADOS DE LA EJECUCIÓN DEL MANTENIMIENTO.

ECONÓMICOS:

- PRESENTAR PROPUESTA ECONÓMICA EN DONDE SE ESPECIFIQUE EL VALOR UNITARIO, IVA (SI APLICA), VALOR UNITARIO TOTAL DE CADA UNO DE LOS ÍTEMS Y VALOR TOTAL
- DE LA PROPUESTA. TENIENDO EN CUENTA LA DESCRIPCIÓN DE CADA UNO DE LOS SERVICIOS A CONTRATAR TAL CUAL SE DESCRIBE EN LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE LA PRESENTE INVITACIÓN.
 - LA PROPUESTA DEBERÁ CONTENER LA FORMA DE PAGO A 90 DÍAS.
 - EL VALOR TOTAL DE LA PROPUESTA NO PODRÁ SUPERAR EL VALOR DEL PRESUPUESTO ASIGNADO PARA EL PRESENTE PROCESO.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN			
Jurídicos	CUMPLE O NO CUMPLE CON LA TOTALIDAD DE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS.		
SARLAFT	CUMPLE O NO CUMPLE CON LA TOTALIDAD DE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS.		
Técnicos	CUMPLE O NO CUMPLE CON LA TOTALIDAD DE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS. SU RESULTADO SERÁ HABILITADO O NO HABILITADO.		
Económicos	SE EVALUARÁN LAS PROPUESTAS QUE ESTÉN HABILITADAS JURÍDICA, SARLAFT Y TÉCNICAMENTE. SE EVALUARÁ QUE LA PROPUESTA ESPECIFIQUE EL VALOR UNITARIO, IVA (SI APLICA) VALOR UNITARIO TOTAL Y VALOR TOTAL DE LA PROPUESTA. LA PROPUESTA DEBERÁ CONTENER LA FORMA DE PAGO A 90 DÍAS. LA PROPUESTA NO PODRÁ SUPERAR EL VALOR DEL PRESUPUESTO DISPONIBLE PARA ÉSTA INVITACIÓN. SE ACEPTARÁ LA PROPUESTA MÁS FAVORABLE PARA LA INSTITUCIÓN Y QUE CUMPLA CON TODOS LOS CRITERIOS DE EVALUACIÓN.		
Criterios de Desempate	EN CASO DE PRESENTARSE EMPATE COMO RESULTADO DE LAS EVALUACIONES DESARROLLADAS A LAS PROPUESTAS PARTICIPANTES, ÉSTE SE RESOLVERÁ TENIENDO EN CUENTA LOS SIGUIENTES CRITERIOS Y ORDEN: 1. SE TENDRÁ EN CUENTA EL OFERENTE QUE SOPORTE EL CUMPLIMIENTO A LA CIRCULAR 22-2018 EMITIDA POR LA ALCALDÍA DE BOGOTÁ. 2. LA PROPUESTA RADICADA EN PRIMER LUGAR Y QUE SE ENCUENTRE HABILITADA.		
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL QUE RESPALDA LA CONTRATACIÓN			
Valor	\$ 15.474.343	No.	2235
Rubro Presupuestal	MANMNTENIMIENTO EQUIPOS HOSPITALARIOS	Fecha del CDP	19/11/2019
CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO			
Forma de pago	NOVENTA (90) DÍAS CALENDARIO, UNA VEZ PRESENTADA LA FACTURA JUNTO CON EL CERTIFICADO DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN POR PARTE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO Y DEMÁS DOCUMENTOS REQUERIDOS POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.	Plazo de ejecución	(3) TRES MESES
FORMA DE ENTREGA DE LOS BIENES O SERVICIOS			
Sitio de entrega	EN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.		
A) DEL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO: PARA PRECAVER LOS PERJUICIOS QUE SE DERIVEN DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, INDEPENDIENTE DE LAS MULTAS Y LA CLÁUSULA PENAL QUE SE PACTE EN EL CONTRATO. SU CUANTÍA CORRESPONDERÁ A LA QUE EN CADA CASO SE DETERMINE, LA CUAL NO PODRÁ SER INFERIOR AL DIEZ POR CIENTO (10%) DEL MONTO DEL CONTRATO Y UNA DURACIÓN IGUAL A LA DEL PLAZO MÁXIMO PREVISTO AL MOMENTO DE LA SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO Y TRES (3) MESES MÁS.			

Garantías de exigibilidad	B) DE LA CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES: PARA PRECAVER LAS FUTURAS EVENTUALIDADES EN QUE UNO O VARIOS BIENES DE LOS CONTRATADOS NO REÚNAN LAS ESPECIFICACIONES O CALIDADES EXIGIDAS PARA LA CONTRATACIÓN O QUE NO SEAN APTOS PARA LOS FINES PARA LOS CUALES FUERON ADQUIRIDOS, ASÍ COMO PARA PRECAVER TAMBIÉN LOS VICIOS DE FABRICACIÓN Y LA CALIDAD DE LOS MATERIALES O COMPONENTES. SU CUANTÍA NO PODRÁ SER INFERIOR AL DIEZ POR CIENTO (10%) DEL MONTO DEL CONTRATO Y SU VIGENCIA SERÁ IGUAL AL PLAZO DEL CONTRATO Y CUATRO (4) MESES MÁS. C) DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES: PARA PRECAVER LOS EVENTOS EN QUE INCURRA EN EL NO PAGO DE LAS OBLIGACIONES LABORALES RESPECTO DE LOS TRABAJADORES RELACIONADOS CON LA EJECUCIÓN DEL RESPECTIVO CONTRATO. SU CUANTÍA NO PODRÁ SER INFERIOR AL DIEZ POR CIENTO (10%) DEL MONTO DEL CONTRATO Y SU VIGENCIA SERÁ DE TRES (3) AÑOS. C) DE LA PROVISIÓN DE REPUESTOS, ACCESORIOS Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE EQUIPOS: PARA PREVENIR EL INCUMPLIMIENTO DE LA PROVISIÓN DE REPUESTOS Y ACCESORIOS NECESARIOS PARA LOS EQUIPOS O BIENES ADQUIRIDOS, SU CUANTÍA NO SERÁ INFERIOR AL 5% DEL VALOR ESTIMADO DE LOS REPUESTOS O DEL VALOR DEL CONTRATO Y SU PLAZO SERÁ DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO O UN (1) AÑO DESDE LA ENTREGA DEL REPUESTO O ACCESORIO.
Obligaciones del Contratista	GENERALES: 1. CUMPLIR A CABALIDAD CON EL OBJETO DEL CONTRATO, DE CONFORMIDAD A LA OFERTA Y CONDICIONES EXIGIDAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS. 2. ACTUAR DE BUENA FE Y ABSTENERSE DE REALIZAR CUALQUIER CAMBIO EN LAS CONDICIONES INICIALES DEL CONTRATO SIN PREVIO VISTO BUENO DEL SUPERVISOR DEL MISMO. 3. MANTENER DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, LAS MISMAS CONDICIONES EXIGIDAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS Y OFRECIDAS EN LA OFERTA . EN TÉRMINOS DE CALIDAD, PRECIO, CARACTERÍSTICAS ESPECIALES Y DISPONIBILIDAD. 4. SUSCRIBIR EL CONTRATO, EL ACTA DE INICIO DE EJECUCIÓN Y GARANTIA DENTRO DE LOS TIEMPO SOLICITADOS . 5. PRESENTAR ANTE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PARA LA GENERACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO, LA FACTURA, INFORMES, INGRESO AL ALMACEN Y CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES PARAFISCALES O DOCUMENTO EQUIVALENTE SUSCRITO POR EL REPRESENTANTE LEGAL, REVISOR FISCAL O QUIEN HAGA SUS VECES, DENTRO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS. 6. PRESENTAR ANTE LA DIRECCIÓN FINANCIERA (CENTRAL DE CUENTAS POR PAGAR) DE LA SUBRED NORTE ESE, LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO, LA FACTURA Y SOPORTES RESPECTIVOS PARA SU CORRESPONDIENTE RADICACIÓN. 7. NOTIFICAR A LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. DE CUALQUIER INCONVENIENTE QUE IMPIDA LA DEBIDA EJECUCIÓN DEL CONTRATO YA SEA QUE PROVENGA DE CAUSAS EXTERNAS O DE SU PRÓPIA ORGANIZACIÓN, CON EL FIN DE TOMAR LOS CORRECTIVOS DEL CASO PARA GARANTIZAR LA ÓPTIMA PRESTACIÓN DEL SERVICIO. 8. DAR CUMPLIMIENTO A LOS S PROTOCOLOS, PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES, SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD INSTITUCIONAL DURANTE EL DESARROLLO DE LAS RESPONSABILIDADES ASIGNADAS, EN EL MARCO DE OPERACIÓN DE LOS COMPONENTES DEL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN, AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD, SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN Y SISTEMA DE INFORMACIÓN. 9. EJECUTAR LAS ACCIONES PREVENTIVAS Y/O CORRECTIVAS, Y/O PLAN DE MEJORAMIENTO A QUE HAYA LUGAR DE ACUERDO A LAS EVALUACIONES Y RECOMENDACIONES EMITIDAS POR LOS ÓRGANOS EXTERNOS, SUPERVISOR DEL CONTRATO Y/O DIRECTRICES INTERNAS. 10. LAS DEMAS QUE SE NECESITEN PARA EL DESARROLLO Y CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL. ESPECÍFICAS 1. REALIZAR MANTENIMIENTO PREVENTIVO EL CUAL DEBE GARANTIZAR: INSPECCIONES PERIÓDICAS REALIZANDO TAREAS DE LIMPIEZA, LUBRICACIÓN, VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO, AJUSTE INTERNO DE PIEZAS QUE PUDIERAN FALLAR ALTERANDO EL ESTADO OPERACIONAL DEL EQUIPO. 2. REALIZAR MANTENIMIENTO PREVENTIVO SEGÚN CRONOGRAMA, DURANTE EL PERIODO CONTRACTUAL Y CORRECTIVO TODAS LAS VECES QUE SEA REQUERIDO. 3. CUMPLIR CON LAS FECHAS ESTABLECIDAS DENTRO DE LOS CRONOGRAMAS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LOS EQUIPOS DEL SERVICIO. 4. BRINDAR GARANTÍA DE LA MANO DE OBRA Y COMPROMETERSE A REPARAR LOS DAÑOS, POR MANIPULACIÓN INADECUADA DE LOS EQUIPOS, ASÍ COMO TAMBIÉN ASUMIR LOS DAÑOS QUE SE PRESENTEN EN DESARROLLO DEL OBJETO CONTRATADO CUANDO SE DERIVEN DE LA NEGLIGENCIA O ERRORES PROPIOS. 5. BRINDAR SERVICIO TÉCNICO CON PRESENCIA DEL PERSONAL TÉCNICO CALIFICADO EN EL SITIO DONDE SE ENCUENTREN LOS BIENES EN UN TIEMPO NO MAYOR A 24 HORAS Y GARANTIZAR LA PUESTA EN MARCHA DE LOS EQUIPOS NUEVAMENTE EN UN TIEMPO LÍMITE DE 48 HORAS. EN EL EVENTO QUE LA REPARACIÓN REQUIERA REEMPLAZO DE PIEZAS, PARTES, ACCESORIOS Y/O REPUESTOS, ESTOS DEBEN SER INFORMADOS AL SUPERVISOR DE LA ORDEN Y SOLO SERÁN INSTALADOS CON PREVIA AUTORIZACIÓN RESPONDIENDO A LOS PRINCIPIOS DE OPTIMIZACIÓN DE LOS RECURSOS Y CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO. 6. ELABORAR EL REPORTE TÉCNICO DE CADA UNO DE LOS ELEMENTOS A LOS QUE SE LES REALIZA MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO, EL CUAL DEBE ESTAR DILIGENCIADO EN LETRA CLARA LEGIBLE EN TODOS SUS CAMPOS. ÉSTE REPORTE DEBE LLEVAR NÚMERO DE CÉDULA, NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO QUIEN RECIBE A SATISFACCIÓN EL EQUIPO. 7. REALIZAR CAPACITACIÓN AL PERSONAL TÉCNICO Y ASISTENCIAL EN EL MANEJO, USO, CUIDADO Y LIMPIEZA DE LOS EQUIPOS DEL ÁREA POR NECESIDADES DEL SERVICIO. 8. ASUMIR LOS GASTOS DE LA ADQUISICIÓN DE MATERIALES, EQUIPOS, HERRAMIENTAS, TRANSPORTE, PERSONAL Y/O CUALQUIER OTRO NECESARIO PARA EL DESARROLLO DEL OBJETO DEL CONTRATO. 9. DOTAR AL PERSONAL CON ELEMENTOS DE SEGURIDAD INDUSTRIAL ACORDES AL TIPO DE RIESGO. 10. LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE GENERAN DE ACUERDO A LA NATURALEZA DEL CONTRATO.
ACLARACIONES	
En caso de aclaraciones	EN CUALQUIER MOMENTO DURANTE EL PROCESO, EL OFERENTE PODRÁ REMITIR SUS OBSERVACIONES Y/O ACLARACIONES POR MENSAJE PUBLICO A TRAVES DE LA PLATAFORMA SECOP 2.

ANEXOS	FAVOR DILIGENCIAR LOS ANEXOS CORRESPONDIENTES: ANEXO 1: ROTULACIÓN DE SOBRES. ANEXO 2: CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA. ANEXO 3: CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO APOORTE PARAFISCALES. ANEXO 4: COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN. ANEXO 5: FORMULARIO SARLAFT.		
APROBACIÓN			
Firmas	Nombre y Firma Responsable Proceso de Compras:	LUIS ENRIQUE PAEZ FALLA	
	Nombre y Firma Dirección de Contratación:	DRA. LIDIA HEMILET CALA CELIS	
	Nombre y Firma Vo. Bo. Subgerente Corporativo:	DR. ALVARO DE JESÚS GALVIS BARRIOS (E)	
	Nombre y Firma Gerente:	DRA. YIDNEY ISABEL GARCÍA RODRÍGUEZ	

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICIÓN: Noviembre 19 De 2019

CDP. No.

2235

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO
CERTIFICA:

ORIGINAL

QUE EN LA FECHA LOS REGISTROS DE EJECUCION PRESUPUESTAL MUESTRAN EL SIGUIENTE SALDO DE APROPIACION:

DEPENDENCIA : T01 GERENCIA Y JUNTA DIRECTIVA

CODIGO RUBRO.....: 2320103010000000000001

CODIGO PRESUPUESTAL.....: 232010301

NOMBRE RUBRO.....: MANTENIMIENTO EQUIPOS HOSPITALARIOS

SALDO DE DISPONIBILIDADES : 40,886,020.00

PRESUPUESTO DISPONIBLE : 47,257,130.00

SALDO DE APROPIACION : 88,143,150.00

EXPIDE ESTE CERTIFICADO A SOLICITUD DE: GARCIA RODRIGUEZ YIDNEY ISABEL ,
EL OBJETO DE ESTA DISPONIBILIDAD SE PERFECCIONARA CON GIRO RESERVADO,
PARA RESPALDAR EL COMPROMISO:

MANTENIMIENTO CORRECTIVO Y PREVENTIVO AUTOCLAVES D
E ESTERILIZACION DE LA SUBRED

POR UN VALOR INICIAL DE : 15,474,343.00

CON UN VALOR REINTEGRADO DE : .00

PARA UN VALOR ACTUAL DE : 15,474,343.00

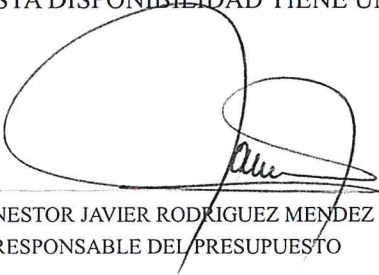
QUINCE MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS CON 00/100
M/CTE

SOBRE ESTA MISMA APROPIACION SE HAN EXPEDIDO A LA FECHA CERTIFICADOS DE
DISPONIBILIDAD PARA COMPROMISOS POR VALOR DE: 40,886,020.00

LOS CUALES NO HAN SIDO RESERVADOS NI ANULADOS.

DISPONIBILIDAD NETA : 31,782,787.00

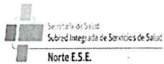
ESTA DISPONIBILIDAD TIENE UNA VIGENCIA DE (43) DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE SU EXPEDICIÓN.



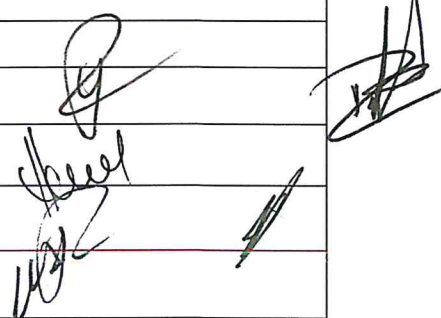
NESTOR JAVIER RODRIGUEZ MENDEZ
RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO

ESTUDIOS PREVIOS DE BIENES Y SERVICIOS		CÓDIGO : AP-CT-F-01-05					
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.		VERSIÓN : 5					
GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		PÁGINA : 1 DE 2					
		FECHA : 12/06/2018					
Fecha de Solicitud D/M/A	17/10/2019	Fecha de Recibido D/M/A					
DATOS DEL SOLICITANTE							
Nombre del Solicitante:	YANETH SOFIA RODRIGUEZ LEGUIZAMON						
Proceso:	DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA						
Correo Electrónico y teléfono	diradministrativo@subrednorte.gov.co						
PAA(X) PROYECTO ()	SUPERVISOR DEL CONTRATO PERFIL O CARGO	ROYER ALBERTO SUTANEME CORTES					
OBJETO A CONTRATAR							
CONTRATAR EL SERVICIO DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO Y PREVENTIVO INCLUIDO REPUESTOS DE LAS AUTOCLAVES MARCA MATACHANA PARA GARANTIZAR LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN DE LAS DIFERENTES UNIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE							
JUSTIFICACIÓN DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR							
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E CUENTA CON EL PROCESO DE ESTERILIZACIÓN Y EN EL CUMPLIMIENTO AL ESTÁNDAR DE DOTACIÓN DE LA RESOLUCIÓN 2003 DE 2014, SE DEBE GARANTIZAR LAS RUTINAS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO CON EL FIN DE DAR CONTINUIDAD Y OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN, DE TAL MANERA QUE EL EQUIPO FUNCIONE DE ACUERDO A LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DEL FABRICANTE. POR ELLO SE REQUIERE CONTRATAR EL SERVICIO DE MANTENIMIENTO ESPECIALIZADO PREVENTIVO Y CORRECTIVO INCLUIDO EL SUMINISTRO DE REPUESTO DE LOS EQUIPOS ESTERILIZACIÓN.							
DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR							
Con el fin de dar continuidad a la prestación de servicios de Salud y garantizar el correcto funcionamiento de los equipos requeridos en el estandar de dotación de la Resolucion 2003-2014 para el servicio, se requiere contratar el servicio de mantenimiento y suministro de repuestos de los siguientes equipos:							
Ítem	Nombre / Descripción	Cantidad	Unidad de medida	Promedio consumo mensual	Especificación Técnica	Observación	*PAA
1	VISITA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO PARA AUTOCLAVE MODELO S-1000	1	VISITA	N.A	EQUIPO MARCA: MATACHANA, MODELO: S-1000	USS SIMÓN BOLÍVAR, CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN	
2	VISITA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO SC-500	1	VISITA	N.A	EQUIPO MARCA: MATACHANA, MODELO: SC-500	USS SIMÓN BOLÍVAR, CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN	
3	VISITA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO LAVADORA TERMODESINFECTORA MODELO: MATLDS21	1	VISITA	N.A	EQUIPO MARCA: MATACHANA, MODELO: MATLDS21	USS SIMÓN BOLÍVAR, CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN	
4	VISITA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO SC-500	1	VISITA	N.A	EQUIPO MARCA: MATACHANA, MODELO: SC-500	USS SIMÓN BOLÍVAR, LACTARIO	
5	VISITA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO S-1000	1	VISITA	N.A	EQUIPO MARCA MATACHANA, MODELO S-1000	USS ENGATIVA CALLE 80, CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN	
6	VISITA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO S-1000	1	VISITA	N.A	EQUIPO MARCA: MATACHANA, MODELO: S-1000	USS ENGATIVA CALLE 80, CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN	
7	JUNTA EMPAQUE PUERTA	1	UNIDAD	A DEMANDA	AUTOCLAVE MARCA: MATACHANA, MODELO: S-1000 Y SC-500		
8	REGULADOR DE AIRE	1	UNIDAD	A DEMANDA	AUTOCLAVE MARCA: MATACHANA, MODELO: S-1000 Y SC-500		
9	VALVULA HIDRONEUMATICA CLAMP 1/2	1	UNIDAD	A DEMANDA	AUTOCLAVE MARCA: MATACHANA, MODELO: S-1000 Y SC-500		
10	FILTRO DE AIRE ESTERIL	1	UNIDAD	A DEMANDA	AUTOCLAVE MARCA: MATACHANA, MODELO: S-1000 Y SC-500		
11	ELECTROVALVULA ENTRADA DE AGUA	1	UNIDAD	A DEMANDA	AUTOCLAVE MARCA: MATACHANA, MODELO: S-1000 Y SC-500		
12	VALVULA REGULADORA DE ESCAPE CONSTANTE	1	UNIDAD	A DEMANDA	AUTOCLAVE MARCA: MATACHANA, MODELO: S-1000 Y SC-500		
13	ELECTROBOMBA DE VACIO	1	UNIDAD	A DEMANDA	AUTOCLAVE MARCA: MATACHANA, MODELO: S-1000 Y SC-500		

1807
14-11-19
3:45

		ESTUDIOS PREVIOS DE BIENES Y SERVICIOS					CÓDIGO : AP-CT-F-01-05
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN					VERSIÓN : 5
							PÁGINA : 1 DE 2
							FECHA : 12/06/2018
14	VALVULA HIDRONEUMATICA CLAMP 3/4	1	UNIDAD	A DEMANDA	AUTOCLAVE MARCA: MATACHANA, MODELO: S-1000 Y SC-500		
15	TERMOSTATO TANQUE DE VACIO	1	UNIDAD	A DEMANDA	AUTOCLAVE MARCA: MATACHANA, MODELO: S-1000 Y SC-500		
16	PURGADOR TERMODINAMICO	1	UNIDAD	A DEMANDA	AUTOCLAVE MARCA: MATACHANA, MODELO: S-1000 Y SC-500		
17	JUNTA CLAMP DE VITON DIN NW20	1	UNIDAD	A DEMANDA	AUTOCLAVE MARCA: MATACHANA, MODELO: S-1000 Y SC-500		
18	JUNTA CLAMP DE VITON DIN 1	1	UNIDAD	A DEMANDA	AUTOCLAVE MARCA: MATACHANA, MODELO: S-1000 Y SC-500		
19	SERPENTIN ENFRIAMIENTO	1	UNIDAD	A DEMANDA	AUTOCLAVE MARCA: MATACHANA, MODELO: S-1000 Y SC-500		
20	PAPEL PARA IMPRESORA	1	UNIDAD	A DEMANDA	AUTOCLAVE MARCA: MATACHANA, MODELO: S-1000 Y SC-500		
21	FILTROS PARA AGUA	1	UNIDAD	A DEMANDA	AUTOCLAVE MARCA: MATACHANA, MODELO: S-1000 Y SC-500		
22	MODULO DE ENTRADAS DE TEMPERATURA	1	UNIDAD	A DEMANDA	AUTOCLAVE MARCA: MATACHANA, MODELO: S-1000 Y SC-500		
23	BASE TARJETA PLC	1	UNIDAD	A DEMANDA	AUTOCLAVE MARCA: MATACHANA, MODELO: S-1000 Y SC-500		
	IMPRESORA TERMICA GeBe RS232 24V DC	1	UNIDAD	A DEMANDA	AUTOCLAVE MARCA: MATACHANA, MODELO: S-1000 Y SC-500		
	BOYA DE NIVEL FLOTADOR	1	UNIDAD	A DEMANDA	AUTOCLAVE MARCA: MATACHANA, MODELO: S-1000 Y SC-500		
	MANGUERA ENTRADA DE VAPOR	1	UNIDAD	A DEMANDA	AUTOCLAVE MARCA: MATACHANA, MODELO: S-1000 Y SC-500		
	MANGUERA TANQUE DRENAJE	1	UNIDAD	A DEMANDA	AUTOCLAVE MARCA: MATACHANA, MODELO: S-1000 Y SC-500		
	RESISTENCIA CALENTADORA 6KW	1	UNIDAD	A DEMANDA	AUTOCLAVE MARCA: MATACHANA, MODELO: S-1000 Y SC-500		
	KIT CONEXIONES RESISTENCIAS	1	UNIDAD	A DEMANDA	AUTOCLAVE MARCA: MATACHANA, MODELO: S-1000 Y SC-500		
	CONJUNTO PARO DE EMERGENCIA	1	UNIDAD	A DEMANDA	AUTOCLAVE MARCA: MATACHANA, MODELO: S-1000 Y SC-500		
	VENTILADOR SISTEMA DE CONTROL	1	UNIDAD	A DEMANDA	AUTOCLAVE MARCA: MATACHANA, MODELO: S-1000 Y SC-500		
	ELECTROVALVULA DOBLE 3/2	1	UNIDAD	A DEMANDA	AUTOCLAVE MARCA: MATACHANA, MODELO: S-1000 Y SC-500		

		ESTUDIOS PREVIOS DE BIENES Y SERVICIOS				CÓDIGO : AP-CT-F-01-05	
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN				VERSIÓN : 5	
						PÁGINA : 1 DE 2	
						FECHA : 12/06/2018	
	VALVULA HIDRONEUMATICA INOX 2 VIAS 3/4	1	UNIDAD	A DEMANDA	AUTOCLAVE MARCA: MATACHANA, MODELO: S-1000 Y SC-500		
	BOMBA DE VACÍO DE ANILLO LÍQUIDO	1	UNIDAD	A DEMANDA	AUTOCLAVE MARCA: MATACHANA, MODELO: S-1000 Y SC-500		
	ELECTROBOMBA AGUA 1 KW III 380/220V 60HZ, 2,1/3.6A	1	UNIDAD	A DEMANDA	AUTOCLAVE MARCA: MATACHANA, MODELO: S-1000 Y SC-500		
¿Se anexa documento de detalle de descripción? SI ____ NO <u>X</u> ____							
REQUISITOS TÉCNICOS ESPECIALES A SOLICITAR							
1. ENTREGA DE HOJAS DE VIDA DEL PERSONAL QUE REALIZA EL MANTENIMIENTO DE LOS EQUIPOS DONDE SE ANEXE UNA CARTA QUE CERTIFIQUE QUE EL PERSONAL SE ENCUENTRA TÉCNICAMENTE CALIFICADO PARA REALIZAR LAS ACTIVIDADES DEL OBJETO A CONTRATAR. 2. CARTA FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL EN LA CUAL SE COMPROMETA A CUMPLIR EL CRONOGRAMA ESTIPULADO POR LA SUBRED NORTE. 3. CARTA FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL EN LA CUAL SE COMPROMETA A PROVEER LOS REPUESTOS NECESARIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS. 4. CARTA FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL EN LA CUAL SE COMPROMETA A BRINDAR GARANTÍA DE LOS REPUESTOS SUMINISTRADOS Y COMPROMETERSE A CAMBIAR DE FORMA INMEDIATA AQUELLOS DE MALA CALIDAD O DEFECTUOSOS POR OTROS DE PERFECTAS CONDICIONES. 5. CARTA FIRMADA DEL REPRESENTANTE DE LEGAL EN LA CUAL SE COMPROMETA A BRINDAR GARANTÍA DE LA MANO DE OBRA Y A REPARAR LOS DAÑOS CAUSADOS POR LA MALA MANIPULACIÓN DERIVADOS DE LA EJECUCIÓN DEL MANTENIMIENTO. 6. PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE CADA UNO DE LOS EQUIPOS OBJETO DE LA INVITACIÓN.							
CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA OFERTA							
TÉCNICOS		ECONÓMICOS		OTROS		CUALES:	
SE REQUIERE VISITA TÉCNICA							
SI				NO X			
GARANTÍAS DEL CONTRATO							
Patrimonio Autónomo	Póliza Seriedad de la Oferta	Póliza Calidad y Correcto Funcionamiento de Bienes	Póliza Pago de Salario, Prestaciones Sociales e Indemnizaciones	Póliza Seguro de Manejo de Recursos Públicos para Particulares			
☐	☐	☒	☒	☐			
Garantía Bancaria	Póliza Cumplimiento del Contrato	Póliza Estabilidad de Obra	Póliza Responsabilidad Civil Extracontractual	Póliza Provisión de Repuestos, Accesorios y Correcto Funcionamiento de Equipos			
☐	☒	☐	☐	☒			
OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA							
GENERALES: 1. CUMPLIR A CABALIDAD CON EL OBJETO DEL CONTRATO, DE CONFORMIDAD A LA OFERTA Y CONDICIONES EXIGIDAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS. 2. ACTUAR DE BUENA FE Y ABSTENERSE DE REALIZAR CUALQUIER CAMBIO EN LAS CONDICIONES INICIALES DEL CONTRATO SIN PREVIO VISTO BUENO DEL SUPERVISOR DEL MISMO. 3. MANTENER DURANTE LA EJECUCION DEL CONTRATO, LAS MISMAS CONDICIONES EXIGIDAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS Y OFRECIDAS EN LA OFERTA, EN TÉRMINOS DE CALIDAD, PRECIO, CARACTERÍSTICAS ESPECIALES Y DISPONIBILIDAD. 4. SUSCRIBIR EL CONTRATO, EL ACTA DE INICIO DE EJECUCIÓN Y GARANTIA DENTRO DE LOS TIEMPO SOLICITADOS. 5. PRESENTAR ANTE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PARA LA GENERACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO, LA FACTURA, INFORMES, INGRESO AL ALMACEN Y CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES PARAFISCALES O DOCUMENTO EQUIVALENTE SUSCRITO POR EL REPRESENTANTE LEGAL, REVISOR FISCAL O QUIEN HAGA SUS VECES, DENTRO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS. 6. PRESENTAR ANTE LA DIRECCIÓN FINANCIERA (CENTRAL DE CUENTAS POR PAGAR) DE LA SUBRED NORTE ESE, LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO, LA FACTURA Y SOPORTES RESPECTIVOS PARA SU CORRESPONDIENTE RADICACIÓN. 7. NOTIFICAR A LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. DE CUALQUIER INCONVENIENTE QUE IMPIDA LA DEBIDA EJECUCIÓN DEL CONTRATO YA SEA QUE PROVENGA DE CAUSAS EXTERNAS O DE SU PROPIA ORGANIZACIÓN, CON EL FIN DE TOMAR LOS CORRECTIVOS DEL CASO PARA GARANTIZAR LA ÓPTIMA PRESTACIÓN DEL SERVICIO. 8. DAR CUMPLIMIENTO A LOS 5 PROTOCOLOS, PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES, SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD INSTITUCIONAL DURANTE EL DESARROLLO DE LAS RESPONSABILIDADES ASIGNADAS, EN EL MARCO DE OPERACIÓN DE LOS COMPONENTES DEL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN, AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD, SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN Y SISTEMA DE INFORMACIÓN. 9. EJECUTAR LAS ACCIONES PREVENTIVAS Y/O CORRECTIVAS, Y/O PLAN DE MEJORAMIENTO A QUE HAYA LUGAR DE ACUERDO A LAS EVALUACIONES Y RECOMENDACIONES EMITIDAS POR LOS ÓRGANOS EXTERNOS, SUPERVISOR DEL CONTRATO Y/O DIRECTRICES INTERNAS. 10. LAS DEMAS QUE SE NECESITEN PARA EL DESARROLLO Y CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL.							

	ESTUDIOS PREVIOS DE BIENES Y SERVICIOS		CÓDIGO : AP-CT-F-01-05
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		VERSIÓN : 5 PÁGINA : 1 DE 2 FECHA : 12/06/2018
ESPECÍFICAS: 1. REALIZAR MANTENIMIENTO PREVENTIVO EL CUAL DEBE GARANTIZAR: INSPECCIONES PERIÓDICAS REALIZANDO TAREAS DE LIMPIEZA, LUBRICACIÓN, VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO, AJUSTE INTERNO DE PIEZAS QUE PUDIERAN FALLAR ALTERANDO EL ESTADO OPERACIONAL DEL EQUIPO. 2. REALIZAR MANTENIMIENTO PREVENTIVO SEGÚN CRONOGRAMA, DURANTE EL PERIODO CONTRACTUAL Y CORRECTIVO TODAS LAS VECES QUE SEA REQUERIDO. 3. CUMPLIR CON LAS FECHAS ESTABLECIDAS DENTRO DE LOS CRONOGRAMAS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LOS EQUIPOS DEL SERVICIO. 4. BRINDAR GARANTÍA DE LA MANO DE OBRA Y COMPROMETERSE A REPARAR LOS DAÑOS, POR MANIPULACIÓN INADECUADA DE LOS EQUIPOS, ASÍ COMO TAMBIÉN ASUMIR LOS DAÑOS QUE SE PRESENTEN EN DESARROLLO DEL OBJETO CONTRATADO CUANDO SE DERIVEN DE LA NEGLIGENCIA O ERRORES PROPIOS. 5. BRINDAR SERVICIO TÉCNICO CON PRESENCIA DEL PERSONAL TÉCNICO CALIFICADO EN EL SITIO DONDE SE ENCUENTREN LOS BIENES EN UN TIEMPO NO MAYOR A 24 HORAS Y GARANTIZAR LA PUESTA EN MARCHA DE LOS EQUIPOS NUEVAMENTE EN UN TIEMPO LÍMITE DE 48 HORAS. EN EL EVENTO QUE LA REPARACIÓN REQUIERA REEMPLAZO DE PIEZAS, PARTES, ACCESORIOS Y/O REPUESTOS, ESTOS DEBEN SER INFORMADOS AL SUPERVISOR DE LA ORDEN Y SOLO SERÁN INSTALADOS CON PREVIA AUTORIZACIÓN RESPONDIENDO A LOS PRINCIPIOS DE OPTIMIZACIÓN DE LOS RECURSOS Y CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO. 6. ELABORAR EL REPORTE TÉCNICO DE CADA UNO DE LOS ELEMENTOS A LOS QUE SE LES REALIZA MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO, EL CUAL DEBE ESTAR DILIGENCIADO EN LETRA CLARA LEGIBLE EN TODOS SUS CAMPOS. ÉSTE REPORTE DEBE LLEVAR NÚMERO DE CÉDULA, NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO QUIEN RECIBE A SATISFACCIÓN EL EQUIPO. 7. REALIZAR CAPACITACIÓN AL PERSONAL TÉCNICO Y ASISTENCIAL EN EL MANEJO, USO, CUIDADO Y LIMPIEZA DE LOS EQUIPOS DEL ÁREA POR NECESIDADES DEL SERVICIO. 8. ASUMIR LOS GASTOS DE LA ADQUISICIÓN DE MATERIALES, EQUIPOS, HERRAMIENTAS, TRANSPORTE, PERSONAL Y/O CUALQUIER OTRO NECESARIO PARA EL DESARROLLO DEL OBJETO DEL CONTRATO. 9. DOTAR AL PERSONAL CON ELEMENTOS DE SEGURIDAD INDUSTRIAL ACORDES AL TIPO DE RIESGO 10. LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE GENERAN DE ACUERDO A LA NATURALEZA DEL CONTRATO			
PLAZO ESTIMADO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO (en días o meses)			
TRES (3) MESES			
CAUSALES DE RECHAZO DE UNA OFERTA			
1. Cuando las condiciones técnicas, económicas, financieras y legales de la propuesta no lo permita. 2. Cuando se demuestre la participación de un oferente en varias propuestas. 3. Cuando se solicite alguna aclaración y no sea enviado en dicho término. 4. Cuando la propuesta sea presentado en lugar o fechas diferente al cronograma. 5. Cuando el oferente presente información inexacta o no corresponda a la verdad. 6. Cuando existan motivos que impidan la escogencia objetiva de la oferta y proponente.			
Firmas	Nombre y Firma del solicitante:	YANET SOFIA RODRÍGUEZ LEGUIZAMÓN	
	Firma del Director de la Oficina de Contratación :	LIDIA HEMILET CALA CELIS	
	Nombre y Firma VoBo. Subgerente Corporativo (E)/o de Servicios de Salud:	ALVARO DE JESÚS GALVIS	
	Nombre y Firma Gerente:	YIDNEY ISABEL GARCÍA RODRÍGUEZ	
Observaciones: Equipos cuenta con exclusividad con la empresa Kaika S.A.S			

N2292

A QUIEN PUEDA CONCERNIR

La empresa ANTONIO MATACHANA, S.A., con domicilio en la calle Almogàvers, 174-176, E-08018 Barcelona, España

CERTIFICA

Que la firma KAIKA S.A.S, con domicilio en la Carrera 7, 69-53. Apdo. Aéreo 51283 Sante Fe de Bogotá D.C., es nuestro Representante Exclusivo por Colombia desde 28 de Julio de 1982.

En tal virtud, está autorizada para importar y vender los productos de nuestra fabricación, relacionados con esterilizadores y sus complementos, equipos para morgue y sus accesorios, lavacúñas y sistema de distribución de comidas.

La firma KAIKA S.A.S, está autorizada para participar en licitaciones públicas y privadas, presentar propuestas cualquiera que fuera la cuantía de las mismas, tramitar pedidos y en general actuar en nuestro nombre en todas las transacciones comerciales.

Además, tienen la exclusividad para el mantenimiento, servicio y repuestos de los equipos que nuestra empresa fabrica y que necesiten asistencia técnica.

Esta representación es válida hasta el 1 de marzo de 2020 y en caso de presentarse modificación o cancelación de nuestras relaciones, según aparecen consignadas en esta credencial, se dará aviso de ello y se hará el registro correspondiente con noventa (90) días de anticipación en la Cámara de Comercio de Bogotá para los efectos legales.

Y para que así conste, se firma la presente en Barcelona a 22 de enero de 2019



Manuel Matachana
Vice-President
MATACHANA Group



Antonio Matachana, S. A.
International Division
Almogàvers, 174
E-08018 Barcelona - Spain
Tel. +34 93 300 85 04
Fax +34 93 485 43 54
e-mail: int@matachana.com
www.matachana.com



LEGITIMACIÓN. -

Yo, **JOAN CARLES FARRES USTRELL**, Notario del Ilustre Colegio Notarial de Cataluña, con residencia en Barcelona, DOY FE:

De que legitimo la firma que antecede de **MANUEL MATACHANA ARAMBURU**, mayor de edad, provisto de su DNI-NIF., número 46.122.675-Q, por cotejo de su firma con otra que consta indubitada en mí protocolo.

Barcelona, a treinta de enero de dos mil diecinueve.



ANOTADO EN EL
LIBRO INDICADOR
TOMO A
ASIENTO N.º 99



09/2018



El presente folio es el agregado al documento en el que figura la firma de don Joan Carles Farrés Ustrell, Notario de Barcelona, Colegio Notarial de Cataluña, en legitimación de firma de don Manuel Matachana Aramburu, en certificado expedido por Antonio Matachana, S.A., libro indicador 99, de 30 de enero de 2019.

APOSTILLE (Convention de La Haye du 5 octobre 1961)	
1. País: Country / Pays :	ESPAÑA
El presente documento público This public document / Le présent acte public	
2. ha sido firmado por Don Joan Carles Farrés Ustrell has been signed by a été signé par	
3. quien actúa en calidad de Notario acting in the capacity of agissant en qualité de	
4. y está revestido del sello / timbre de la Notaría bears the seal / stamp of est revêtu du sceau / timbre de	
Certificado Certified / Attesté	
5. en Barcelona at / à	6. el día 01/02/2019 the / le
7. por Don José Alberto Marín Sánchez, Vicedecano del Colegio Notarial de Cataluña by / par	
8. bajo el número N5301/2019/005222 No sous no	
9. Sello / timbre: Seal / stamp: Sceau / timbre:	10. Firma: Signature: Signature :




José Alberto Marín Sánchez,
Vicedecano

Esta Apostilla certifica únicamente la autenticidad de la firma, la calidad en que el signatario del documento haya actuado y, en su caso, la identidad del sello o timbre del que el documento público esté revestido.

Esta Apostilla no certifica el contenido del documento para el cual se expidió.

[No es válido el uso de esta Apostilla en España]

[Esta Apostilla se puede verificar en la dirección siguiente: <https://sede.mjusticia.gob.es/eregister>]

Código de verificación de la Apostilla: NA:okqN-t/Zx-FDbf-LKz]

This Apostille only certifies the authenticity of the signature and the capacity of the person who has signed the public document, and, where appropriate, the identity of the seal or stamp which the public document bears.

This Apostille does not certify the content of the document for which it was issued.

[This Apostille is not valid for use anywhere within Spain]

[To verify the issuance of this Apostille, see <https://sede.mjusticia.gob.es/eregister>]

Verification Code of the Apostille: NA:okqN-t/Zx-FDbf-LKz]

Cette Apostille atteste uniquement la véracité de la signature, la qualité en laquelle le signataire de l'acte a agi et, le cas échéant, l'identité du sceau ou timbre dont cet acte public est revêtu.

Cette Apostille ne certifie pas le contenu de l'acte pour lequel elle a été émise.

[L'utilisation de cette Apostille n'est pas valable en / au Espagne.]

	ANÁLISIS DE RIESGOS		CÓDIGO : AP-CT-F-02-04
			VERSIÓN : 4
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		PÁGINA : 1 DE 1 FECHA : 12/06/2018

TIPO DE RIESGO	TIPIFICACIÓN (EJEMPLOS PARA TIPIFICAR LOS RIESGOS GENERALES DE LA COLUMNA ANTERIOR)	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA				IMPACTO				ESTIMACIÓN	ASIGNACIÓN DEL RIESGO (DEFINICIÓN)	QUIÉN ASUME EL RIESGO	FORMA DE MITIGARLO
		4	3	2	1	4	3	2	1				
		ALTA	MEDIA ALTA	MEDIA BAJA	BAJA	ALTA	MEDIA ALTA	MEDIA BAJA	BAJA				
Casilla de selección	Casilla de diligenciamiento	Casilla de selección (Escoja solo una)				Casilla de selección (Escoja solo una)				Generación automática	Generación automática	Generación automática	
ECONÓMICOS:	Son los derivados del comportamiento del mercado, tales como la fluctuación de los precios de los insumos, desabastecimiento y especulación de los mismos, entre otros			2		4				6	MEDIO ALTO - ADMINISTRARLO	CONTRATISTA	Revisar periódicamente el comportamiento del mercado respecto de los bienes y/o servicios a contratar
SOCIALES O POLÍTICOS:	Son los derivados de los cambios de las políticas gubernamentales y de cambios de las condiciones sociales que tengan impacto en la ejecución del contrato									0			Análisis de las políticas estatales al respecto
OPERACIONAL:	Son los asociados a la operatividad del contrato, tales como la suficiencia del presupuesto oficial, del plazo o los derivados de procesos procedimientos, parámetros, sistemas de información y tecnológicos, equipos humanos o técnicos inadecuados o insuficientes			2			3			5	MEDIO ALTO - ADMINISTRARLO	CONTRATANTE	Ejecución presupuestal supervisada
FINANCIERO:	Son el riesgo de consecución de financiación o riesgo de liquidez para obtener recursos para cumplir con el objeto del contrato y el riesgo de las condiciones financieras establecidas para la obtención de los recursos, tales como plazo, tasas, garantías, contragarantías y refinanciamientos entre otros			2			3			5	MEDIO ALTO - ADMINISTRARLO	CONTRATANTE	Respaldar las operaciones presupuestales con los debidos certificados
REGULATORIO:	Derivados de los cambios regulatorios o reglamentarios que afecten la ecuación económica del contrato		3				3			6	MEDIO ALTO - ADMINISTRARLO	CONTRATANTE Y CONTRATISTA	Análisis del mercado cambiario de la moneda extranjera
DE LA NATURALEZA:	Son los eventos naturales previsibles en los cuales no hay intervención humana que puedan tener impacto en la ejecución del contrato, por ejemplo los temblores, inundaciones, lluvias, sequías, entre otros									0			Acatar las recomendaciones que emitan las entidades encargadas
AMBIENTALES:	Son los derivados de las obligaciones legales o reglamentarias de carácter ambiental, así como las licencias planes de manejo o permisos y autorizaciones ambientales incluyendo tasas retributivas y compensatorias, obligaciones de mitigación, tareas de monitoreo y control, entre otras			2				2		4	MEDIO BAJA - CONTROLARLO	CONTRATANTE	Cumplimiento de la normatividad actual e implementación inmediata de las normas que la modifiquen o sustituyan
TECNOLÓGICO:	Son los derivados de fallas en los sistemas de comunicación de voz y de datos, suspensión de servicios públicos nuevos desarrollos tecnológicos o estándares que deben ser tenidos en cuenta para la ejecución del contrato.									0			Acatar las recomendaciones que emiten las entidades y áreas recomendadas

ELABORADO POR	
Firma:	
Nombre:	YANETH SOFIA RODRIGUEZ LEGUIZAMON
Correo Electrónico:	diradministrativo@subrednorte.gov.co
Cargo:	Directora administrativa
Fecha Elaboración d/m/a	17/10/2019

ANEXO No. 1
ROTULACIÓN DE LOS SOBRES DE PRESENTACIÓN

SEÑORES
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
DIRECCION DE CONTRATACIÓN - COMPRAS

Referencia: Propuesta para “Contratar El servicio de mantenimiento correctivo y preventivo incluido repuestos de las autoclaves marca Matachana para garantizar los procedimientos realizados en la central de esterilización de las diferentes unidades de la Subred Integrada De Servicios De Salud Norte E.S.E.”

Proponente:
Nit.:
Representante Legal:
Dirección:
Teléfono:
Correo electrónico:

ANEXO No. 2
CARTA DE PRESENTACION DE LA PROPUESTA

SEÑORES
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
DIRECCION DE CONTRATACIÓN - COMPRAS

Referencia: La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. se permite invitar a presentar propuestas para “Contratar El servicio de mantenimiento correctivo y preventivo incluido repuestos de las autoclaves marca Matachana para garantizar los procedimientos realizados en la central de esterilización de las diferentes unidades de la Subred Integrada De Servicios De Salud Norte E.S.E.”

Nosotros los suscritos: _____ (*Nombre del proponente*) de acuerdo con lo establecido en el presente proceso de selección, hacemos la siguiente propuesta y declaramos así mismo:

Que ésta propuesta y el contrato que llegare a celebrarse sólo compromete a quien suscribe esta carta.

Que ninguna entidad o persona distinta a los firmantes tiene interés comercial en esta propuesta ni en el contrato probable que de ella se derive.

Que conocemos la información general y demás documentos de la Invitación a Cotizar y aceptamos los requisitos en ellos contenidos.

Así mismo declaro que:

No nos hallamos incurso en causal alguna de inhabilidad e incompatibilidad señaladas en la Ley.

Aceptamos las condiciones de pago a 90 días, de acuerdo con lo estipulado en el contrato a suscribir.

Que la cotización tiene un valor total de \$ _____.

Que esta cotización tiene una vigencia acorde con lo regulado por las autoridades competentes en lo concerniente al objeto a contratar.

Que el contrato que llegase a celebrar en caso de adjudicación será firmado por el representante legal o quien haga sus veces.

Atentamente

Firma Representante Legal o quien haga sus veces _____

ANEXO No. 3
MODELO DE CERTIFICACIÓN ACREDITANDO PAGO DE APORTES (ART.50 LEY 789/02)

Nombre o razón social del proponente: _____

CERTIFICACIÓN

Certifico que _____ con C.C, o NIT No. _____ ha cumplido con el pago de los aportes de sus empleados a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, durante_ () meses, incluyendo los últimos seis (6) meses anteriores a la fecha de cierre de este proceso de selección.

Expedida a los _____ días del mes de _____ de 2019.

Nombre: _____

Firma: _____

(Representante Legal o revisor fiscal (cuando esté obligado a tener revisor fiscal))

ANEXO No. 4 COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

El (los) suscrito(s) a saber: (NOMBRE DEL OFERENTE SI SE TRATA DE UNA PERSONA NATURAL, o NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA SOCIEDAD SI SE TRATA DE PERSONA JURÍDICA, o DEL REPRESENTANTE LEGAL DE CADA UNO DE LOS MIEMBROS DEL CONSORCIO O UNIÓN TEMPORAL OFERENTE) domiciliado en _____, identificado con (DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN), quien obra en calidad de _____, Quien(es) en adelante se denominará(n) EL OFERENTE, manifiestan su voluntad de asumir, de manera unilateral, el presente COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

PRIMERO: Que la entidad adelanta el presente proceso para “Contratar El servicio de mantenimiento correctivo y preventivo incluido repuestos de las autoclaves marca Matachana para garantizar los procedimientos realizados en la central de esterilización de las diferentes unidades de la Subred Integrada De Servicios De Salud Norte E.S.E.”, en los términos prescritos en la Invitación a Cotizar y demás normas concordantes.

SEGUNDO: Que es interés del oferente apoyar la acción del estado colombiano y de la Entidad, para fortalecer la transparencia en los procesos de contratación, y la responsabilidad de rendir cuentas.

CLAUSULA PRIMERA: COMPROMISOS ASUMIDOS

El oferente, mediante suscripción del presente documento, asume los siguientes compromisos:

El oferente no ofrecerá ni dará sobornos, ni ninguna otra forma de halago a ningún funcionario público o contratista, en relación con su propuesta, con el proceso de selección, ni con la ejecución del contrato que pueda celebrarse como resultado de la misma, así como no permitirá que nadie, bien sea empleado suyo o un agente comisionista independiente lo haga en su nombre.

El oferente se compromete formalmente a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto la colusión en el proceso de selección, o como efecto la distribución de la adjudicación de contratos entre los cuales se encuentre el que es materia del proceso de selección referido.

CLAUSULA SEGUNDA. CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO

El oferente asume a través de la suscripción del presente compromiso, las consecuencias previstas en el presente proceso de selección, si se comprobare el incumplimiento de los compromisos de anticorrupción.

En constancia de lo anterior, y como manifestación de la aceptación de los compromisos unilaterales incorporados en el presente documento, se firma el mismo en la ciudad de _____, a los _____ (FECHA EN LETRAS Y NUMEROS)

**Firma
C.C.**

SUSCRIBIRÁN EL DOCUMENTO TODOS LOS INTEGRANTES DE PROPUESTAS CONJUNTAS, SEAN PERSONAS NATURALES O JURÍDICAS, EN ESTE ÚLTIMO CASO A TRAVÉS DE LOS REPRESENTANTES LEGALES ACREDITADOS DENTRO DE LOS DOCUMENTOS DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL Y/O PODERES CONFERIDOS Y ALLEGADOS AL PRESENTE PROCESO DE SELECCIÓN.

	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - EMPRESA (CIRCULAR 009/2016)		CÓDIGO: AP-GF-F-23-02 VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA		PÁGINA: 1 DE 3 FECHA: 06/05/2019
	Ciudad/ País y Fecha de Diligenciamiento		
PERSONA JURÍDICA ☐ PERSONA NATURAL ☐ OTRA: ☐ CUAL: _____			
1. CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN CON LA EMPRESA (MARCA CON X)			
ASEGURADOR ☐ PROVEEDOR ☐ CONTRATISTA ☐ PARTICULAR ☐ OTRO ☐ CUAL: _____			
2. DATOS DE LA PERSONA JURÍDICA			
RAZÓN SOCIAL		NIT	
REPRESENTANTE LEGAL:		NOMBRES	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
CEDULA DE EXTRANJERÍA ☐ CEDULA DE CIUDADANÍA ☐ NÚMERO: _____		LUGAR Y FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)	
FECHA NACIMIENTO: AAAA/MM/DD		LUGAR NACIMIENTO	
DEPARTAMENTO		NACIONALIDAD (1)	
NACIONALIDAD (2)		TELÉFONO/FAX	
DIRECCIÓN DOMICILIO PRINCIPAL		PAÍS	
DEPARTAMENTO		CIUDAD	
CORREO ELECTRÓNICO:		PORTAL/PAGINA INTERNET:	
DIRECCIÓN SUCURSAL/AGENCIA		DEPARTAMENTO/ CIUDAD	
PAÍS		TELÉFONO/FAX	
TIPO DE EMPRESA (ACTIVIDAD ECONÓMICA)			
PÚBLICA ☐ MIXTA ☐ PRIVADA ☐ SERVICIOS ☐ INDUSTRIAL ☐ FARMACÉUTICA ☐ COMERCIAL ☐			
SERVICIOS DE SALUD ☐ SERVICIOS FINANCIEROS ☐ TRANSPORTES ☐ OTRA ☐ CUAL: _____			
INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE		CÓDIGO CIIU ACTIVIDAD ECONÓMICA	
SI ☐ RENTA/CREE ☐ SI ☐ IVA ☐ SI ☐ ICA ☐ SI ☐		PRINCIPAL ☐ SECUNDARIA ☐	
NO ☐ NO ☐ NO ☐ NO ☐ NO ☐ NO ☐		NO ☐ NO ☐	
GRAN CONTRIBUYENTE		AGENTE RETENEDOR	
SI ☐ NO ☐		SI ☐ NO ☐	
AGENTE AUTORETENEDOR		SI ☐ NO ☐	
3. DECLARACIÓN PERSONA PÚBLICAMENTE EXPUESTA (PEPS)			
POR SU CARGO O ACTIVIDAD ADMINISTRA O TIENE A SU CARGO EL MANEJO DE RECURSOS PÚBLICOS		SI ☐ NO ☐	
POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGÚN GRADO O TIPO DE PODER PÚBLICO		SI ☐ NO ☐	
POR SU ACTIVIDAD, OCUPACIÓN U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL		SI ☐ NO ☐	
ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS DIFERENTE A COLOMBIA		SI ☐ NO ☐	
Si contestó afirmativamente alguna de las anteriores preguntas, por favor, especifique:			
IDENTIFICACIÓN DE ACCIONISTAS, SOCIOS, ASOCIADOS QUE SEAN TITULARES DE MÁS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APOORTE O PARTICIPACIÓN			
NOMBRE COMPLETO O RAZÓN SOCIAL		%	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		NÚMERO IDENTIFICACIÓN	
C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐			
C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐			
C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐			
C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐			
4. INFORMACIÓN FINANCIERA (ÚLTIMO PERÍODO DECLARADO)			
INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES		ACTIVOS TOTALES	
INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES		PASIVOS TOTALES	
EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES		PATRIMONIO	
EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES			
CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES:			
CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES:			
5. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES			
REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA:		SI ☐ NO ☐	
REDESCUENTO ☐ EXPORTACIONES ☐ LEASING ☐ SERVICIOS ☐ OPERACIONES DE TRANSFERENCIAS ☐ IMPORTACIONES ☐			
PAGO DE SERVICIOS ☐ PRESTAMOS EN MONEDA EXTRANJERA ☐ INVERSIONES ☐ OTRA ☐ Especifique cual: _____			
TIPO PRODUCTO		CIUDAD	
No DEL PRODUCTO		PAÍS	
MONTO OPERACIÓN		MONEDA	
6. 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 NORTE 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":			

	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - EMPRESA (CIRCULAR 009/2016)	CÓDIGO: AP-GF-F-23-02
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA	VERSIÓN: 2
		PÁGINA: 1 DE 3
		FECHA: 06/05/2019

1. Los recursos que posee la Empresa provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):

2. Las actividades realizadas por la Empresa se efectúan dentro del Marco Legal. Los recursos que posee NO provienen de actividades ilícitas de conformidad con el Código Penal Colombiano.

3. La información suministrada en este formulario es veraz y verificable, y me obligo a actualizarla cuando así se requiera.

4. Cláusula para apoderados: Certifico que toda la información suministrada y de la cual no soy titular ha sido obtenida de acuerdo con los parámetros establecidos legalmente.

5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato NO se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

6. 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)

7. 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.

8. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE se destinarán a actividades lícitas.

9. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.

10. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED, 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 mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE 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.

11. 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 NORTE ESE.

7. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.

2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.

3. Fotocopia del documento de identificación del Representante legal de la Empresa.

4. Fotocopia Declaración de Renta del ultimo periodo gravable declarado.

5. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.

APODERADO
Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.

8. AUTORIZACIÓN DE USO DE INFORMACIÓN

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 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 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: Declaro expresamente:

*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.

*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 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. TRATAMIENTO: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 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, 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 PAÍSES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.

	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - EMPRESA (CIRCULAR 009/2016)	CÓDIGO: AP-GF-F-23-02
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA	VERSIÓN: 2
		PÁGINA:1 DE 3
		FECHA: 06/05/2019
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. 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 Norte ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. 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 Norte ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud <u>(Calle 66 No.15-41 Bogotá D.C., Teléfono 3499080, email sarlaft@subrednorte.gov.co)</u> 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 autorizamos, 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.		
9. FIRMA Y HUELLA		
SE FIRMA EL PRESENTE DOCUMENTO COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO SU CONTENIDO, SE DECLARA QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES EXACTA Y VERÍDICA EN TODAS SUS PARTES		
Firma Cliente / Representante Legal		Huella Índice Derecho
10. VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN		
1. Ciudad y fecha		
2. Nombre y Cargo de quien verifica:		
3. Lugar de la Entrevista:		
4. Observaciones:		
5. Firma y Cédula		

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	INSTRUCTIVO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL Y JURÍDICA	CÓDIGO: AP-GF-I-08-02
		VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN FINANCIERA	PÁGINA : 1 DE 18
		FECHA : 06/05/2019

INSTRUCTIVO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL Y JURÍDICA

SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO SARLAFT

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	INSTRUCTIVO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL Y JURÍDICA	CÓDIGO: AP-GF-I-08-02
		VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN FINANCIERA	PÁGINA : 2 DE 18
		FECHA : 06/05/2019

CONTENIDO

1. OBJETIVO GENERAL	3
2. ALCANCE Y CAMPO DE APLICACIÓN	3
3. DESARROLLO	3
3.1. Definiciones Relacionadas	3
3.2. Formulario Persona Natural	4
3.3. Persona jurídica	11
3.4. Seguimiento.	17
4. BIBLIOGRAFÍA.....	18

	INSTRUCTIVO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL Y JURÍDICA	CÓDIGO: AP-GF-I-08-02
		VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN FINANCIERA	PÁGINA : 3 DE 18
		FECHA : 06/05/2019

1. OBJETIVO GENERAL

Presentar los lineamientos generales que se deben seguir para diligenciar de una manera adecuada el formato de Conocimiento del cliente o contraparte para persona natural y persona jurídica, de acuerdo a lo establecido en la Circular 009 del 21 de abril de 2016, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud.

2. ALCANCE Y CAMPO DE APLICACIÓN

El Sistema de Administración de Riesgos - SARLAFT comprende todas las actividades a ser realizadas por la Entidad en desarrollo de su objeto social principal y deberá contener, adicionalmente, los procedimientos y metodologías para que esté protegida de ser utilizada en forma directa, es decir a través de sus administradores, vinculados o contrapartes, como instrumento para el lavado de activos, ocultamiento de activos provenientes de dichas actividades y/o canalización de recursos hacia la financiación de actividades terroristas.

3. DESARROLLO

3.1. Definiciones Relacionadas

3.1.1. Cliente o contraparte:

Es toda persona natural o jurídica con quien la Entidad formaliza una relación contractual o legal, sea contratista, proveedor, suministro de medicamentos e insumos, contratos de red de prestadores, compradores y/o cualquier figura contractual que suponga inyección efectiva de recursos, como lo son los afiliados a los planes voluntarios de salud. (Fuente Circular Externa 0009 de 2016)

Debido a la obligatoriedad del aseguramiento y la prestación de servicios de salud por partes de las EPS y prestadores, no se consideran como clientes y/o contrapartes los usuarios (afiliados) de las EPS, ni los pacientes de las IPS cuyos servicios sean cancelados efectivamente por algún tipo de seguro (se incluyen en estos pagos, los efectuados por concepto de copagos, cuotas moderadoras, deducibles o cualquier pago adicional contemplado en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en los Planes Voluntarios de Salud o seguros en general que cubran eventos de salud). Es así que, para estos casos, no será necesaria la identificación del usuario.

3.1.2. Persona natural

Es todo ser humano o individuo que hace y obtiene la capacidad legal, de contratar en la sociedad, de tener derechos o deberes jurídicos.

3.1.3. Persona jurídica

Individuo o entidad que, sin tener existencia individual física, está sujeta a derechos y obligaciones.

Es un individuo con derechos y obligaciones que existe, pero no como persona, sino como institución que es creada por una o más personas físicas para cumplir un objetivo social que puede ser con o sin fines de lucro.

Para el proceso de Conocimiento del cliente, se definieron los formatos que se detallan en el presente instructivo, los cuales se deben diligenciar de carácter obligatorio de acuerdo a lo establecido en la circular 009 de 2016.

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	INSTRUCTIVO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL Y JURÍDICA	CÓDIGO: AP-GF-I-08-02
		VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN FINANCIERA	PÁGINA : 4 DE 18
		FECHA : 06/05/2019

3.2. Formulario Persona Natural

Este formulario debe ser diligenciado por las personas naturales cuyo tipo de vinculación contractual con la Subred Norte, sea por contrato, OPS, y para el personal de planta (servidor público).

Fecha, ciudad, Departamento: en estas casillas se consignan los datos correspondientes a la fecha de diligenciamiento del formato, ciudad y departamento.

1. Clase o tipo de vinculación:

De acuerdo al área responsable de la información se diligencia la respectiva casilla, teniendo en cuenta la calidad del informante:

-Proveedor: Persona natural o empresa (jurídica), con la cual se tienen vínculos de carácter comercial.

-Particular: Es la persona natural o individuo que en propio nombre se ocupa de alguna o algunas actividades que la ley considera mercantiles.

-Contratista OPS: El contrato de prestación de servicios es un contrato con el Estado a través del cual se vincula una persona natural en forma excepcional, para suplir actividades o labores relacionadas con la administración o funcionamiento de la entidad.

-Servidor Público: Es una persona que se encuentra vinculado en la planta de una institución de carácter público que brinda un servicio de utilidad social.

-Otro: Hace referencia a otro tipo de vinculación, diferente a los descritos anteriormente.

2. Datos de la persona natural:

Corresponden a la información personal del cliente, proveedor o usuario, los cuales se deben diligenciar en su totalidad.

Primer Nombre

Segundo Nombre

Primer Apellido

Segundo Apellido

Tipo de identificación

No. Identificación

Lugar de Expedición

Fecha de Expedición

Fecha de nacimiento

Lugar de nacimiento

País de nacimiento

Nacionalidad

Estado civil

Personas a cargo

Número de hijos

Teléfono celular

Nivel de estudios/ formación académica

Dirección residencia

Ciudad residencia

Departamento residencia

País Residencia

Teléfono Residencia

Correo electrónico

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	INSTRUCTIVO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL Y JURÍDICA	CÓDIGO: AP-GF-I-08-02
		VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN FINANCIERA	PÁGINA : 5 DE 18
		FECHA : 06/05/2019

Portal o página internet

Tipo de vivienda

Dirección establecimiento de comercio: si lo tiene

Ciudad

Departamento

País

Teléfono/fax

3. Datos del cónyuge/ compañero permanente:

Se diligencia en caso de cumplir con esta condición.

4. Información actividad económica:

Se diligencia en su totalidad, de acuerdo a la actividad que desarrolla cada uno de los usuarios de la información (RUT).

5. Solo para independientes o empleado socio:

Se diligencia de acuerdo a la calidad del cliente o usuario responsable de la información.

6. Información financiera:

Se debe diligenciar en su totalidad.

7. Referencias personales:

Se debe diligenciar en su totalidad, los datos de quien se reporta como referencia no debe ser familiar, ni vivir con el cliente o contraparte y debe ser localizable en horario laboral.

8. Referencia financiera:

Se debe diligenciar en su totalidad, y debe ser verificable

9. Declaración del origen de los dineros/ fondos:

Se diligencia en su totalidad guarda relación con el numeral 6 del presente formulario. Declarando que los bienes provienen de actividades lícitas (RUT).

10. Documentos requeridos:

De acuerdo a la calidad del cliente o contraparte se aporta lo solicitado.

11. Autorización reporte y consulta a las entidades de riesgo:

En esta casilla se faculta a la ESE para efectuar las respectivas consultas, reportes, compartir información contenida en la base de datos financiera crediticia comercial y de servicios, de las entidades de control y de otros países (listas restrictivas)

12. Consideraciones:

En este párrafo se presentan las disposiciones de ley, que se tuvieron en cuenta para la formulación y elaboración del formato.

12.1 Autorización: A través de esta autorización la ESE queda facultada para:

1. Finalidad del tratamiento de los datos personales: Los 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.

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	INSTRUCTIVO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL Y JURÍDICA	CÓDIGO: AP-GF-I-08-02
		VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN FINANCIERA	PÁGINA : 6 DE 18
		FECHA : 06/05/2019

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. Tratamiento: El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. Usuarios de la información: Los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las 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 adelantes gestiones de 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 países: En determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de los datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.

5. Datos sensibles: Se entiende por datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar su discriminación, tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promueva intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual y los datos biométricos.

Por lo cual se efectúa la siguiente declaración así: “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”.

FUENTE: LEY 1581 DE 2012

6. Datos personales de niñas, niños y adolescentes: En el Tratamiento se asegurará el respeto a los derechos prevalentes de los niños, niñas y adolescentes. Queda proscrito el Tratamiento de datos personales de niños, niñas y adolescentes, salvo aquellos datos que sean de naturaleza pública.

FUENTE: LEY 1581 DE 2012

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	INSTRUCTIVO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL Y JURÍDICA	CÓDIGO: AP-GF-I-08-02
		VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN FINANCIERA	PÁGINA : 7 DE 18
		FECHA : 06/05/2019

7. Derechos del titular de la información: Sin perjuicio de las excepciones previstas en la ley, en el Tratamiento se requiere la autorización previa e informada del Titular, la cual deberá ser obtenida por cualquier medio que pueda ser objeto de consulta posterior.

Se efectúa la siguiente declaración así: “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: Los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud.

En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, serán: La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Calle 66 No 15-41 Bogotá DC, teléfono 349 90 80, e-mail sarlaft@subrednorte.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: Por medio de esta de manera expresa, se autoriza a la Subred Norte para 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 fueron informados en el presente documento.

13. Firma y huella

Es el signo o escritura manuscrita, normalmente formada por nombre, apellidos y rúbrica, que la persona que diligencia el formato pone al pie para identificarse y autorizar el documento, expresando que aprueba su contenido. La cual debe ser en original al igual que la huella.

14. Verificación de la información:

Esta sección es de obligatorio cumplimiento ya que, por medio de esta se verifica lo registrado en el formulario

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	INSTRUCTIVO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL Y JURÍDICA		CÓDIGO: AP-GF-I-08-02
			VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN FINANCIERA		PÁGINA : 8 DE 18
			FECHA : 06/05/2019

FECHA:		CIUDAD:		DEPARTAMENTO:		
1. CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN (MARCA CON X)						
PROVEEDOR ☐	PARTICULAR ☐	CONTRATISTA OPS ☐	SERVIDOR PUBLICO ☐	OTRO ☐	CUAL:	
2. DATOS DE LA PERSONA NATURAL						
PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		No IDENTIFICACIÓN		LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)	
C.C. ☐	R.C. ☐					
C.E. ☐	NUIP ☐					
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:				
ES RESIDENTE EN COLOMBIA?		SI ☐	NO ☐			
FECHA NACIMIENTO:		LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)		PAÍS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:	
ESTADO CIVIL		PERSONAS A CARGO		NUMERO DE HIJOS	TELÉFONO CELULAR	
SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ VIUDO(A) ☐ UNIÓN LIBRE ☐						
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA					PROFESIÓN/ OFICIO	
MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐ TECNÓLOGO ☐ TÉCNICO ☐ OTRO ☐					CUAL:	
DIRECCIÓN RESIDENCIA:		CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO RESIDENCIA	PAÍS RESIDENCIA	TELÉFONO RESIDENCIA	
CORREO ELECTRÓNICO:		PORTAL O PAGINA INTERNET		TIPO DE VIVIENDA		
				PROPIA ☐	FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☐	
DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)		CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAÍS:	TELÉFONO/FAX	
3. DATOS DEL CÓNYUGE/ COMPAÑERO PERMANENTE						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		NUMERO DE IDENTIFICACIÓN		LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)	
C.C. ☐	R.C. ☐					
C.E. ☐	NUIP ☐					
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:				
ES RESIDENTE EN COLOMBIA?		SI ☐	NO ☐	NACIONALIDAD:		
4. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA(ULTIMO PERIODO DECLARADO)						
SOCIO ☐ PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐ HOGAR ☐ CONTRATISTA ☐ EMPLEADO SOCIO ☐ COMERCIANTE ☐						
EMPLEADO PUBLICO ☐ PENSIONADO ☐ ASALARIADO ☐ ESTUDIANTE ☐ OTRO ☐						
CUAL:						
INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA	SI ☐	IVA	SI ☐	CÓDIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONÓMICA	
		NO ☐	ICA	NO ☐		
	GRAN CONTRIBUYENTE	SI ☐	AGENTE RETENEDOR	SI ☐	PRINCIPAL:	SECUNDARIA:
		NO ☐		NO ☐	AGENTE AUTORETENEDOR	SI ☐ NO ☐
FUNCIONARIO PUBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONÓMICA		
SI ☐ NO ☐		SI ☐ NO ☐				
ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA					NUMERO DE NIT	
GOBIERNO ☐ SERVICIOS ☐ ENERGETICA ☐ COMERCIAL ☐ EXPORTACIONES ☐ FINANCIERA ☐						
TRANSPORTE ☐ MEDICAMENTOS ☐ ALIMENTOS ☐ AGRICOLA ☐ TECNOLOGIA ☐ OTRA ☐					CUAL:	
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA		TELÉFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAÍS	
CARGO ACTUAL				FECHA VINCULACIÓN		
5. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO						
NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCIÓN	TIPO SOCIEDAD	

	INSTRUCTIVO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL Y JURÍDICA		CÓDIGO: AP-GF-I-08-02
			VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN FINANCIERA		PÁGINA : 9 DE 18
			FECHA : 06/05/2019

6. INFORMACIÓN FINANCIERA							
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES		AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CRÉDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHÍCULO		VEHÍCULOS		DEUDA VEHÍCULOS	
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
DESCRIPCIÓN OTROS INGRESOS		DESCRIPCIÓN OTROS EGRESOS		DESCRIPCIÓN OTROS ACTIVOS		DESCRIPCIÓN OTROS PASIVOS	
NOTA: Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados. (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)							
7. 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	
DIRECCIÓN		CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAÍS		TIPO RELACIÓN		TELÉFONO FIJO Y / O EXTENSIÓN/CELULAR	
8. REFERENCIA FINANCIERA							
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NUMERO		SUCURSAL	
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☐							
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NUMERO		PAÍS/CIUDAD	
				MONEDA		MONTOS PROMEDIO	
DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS							
PAGO SERVICIOS	EXPORTACION	TRANSFERENCIAS	IMPORTACION	PRESTAMOS	OTRA	CUAL:	
OBSERVACIONES: Con el diligenciamiento de este formulario se da cumplimiento al Proceso de Conocimiento del Cliente, conforme a lo establecido en la Circular Externa No 009 de 2016, Numeral 5.2.2.2.1, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter obligatorio y forma parte de las Políticas, enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud.							
9. 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 NORTE 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 y/o elementos que entregue y entregará a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):							
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, complementa 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, complementa 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 NORTE ESE se destinarán 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 NORTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED , 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 mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE 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 NORTE ESE .							
10. DOCUMENTOS REQUERIDOS							
1. Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses y declaración de Renta si es declarante.							
2. Profesional Independiente: Declaración de renta si es declarante.							
3. Contratistas por OPS:							
4.1. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.							
4.2. Fotocopia Inscripción en el RIT Distrital.							
4.3. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.							
4.4. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)							
4.5. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso. (Obligados a llevar contabilidad)							
11. AUTORIZACIÓN REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO:- AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA REPORTAR, CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN 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 PAÍSES.							

	INSTRUCTIVO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL Y JURÍDICA	CÓDIGO: AP-GF-I-08-02
		VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN FINANCIERA	PÁGINA : 10 DE 18
		FECHA : 06/05/2019

12. 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 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:	
12.1. AUTORIZACIÓN	
Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE, identificada con Nit 900.971.006-4, ubicada en la Calle 66 No 15-41 (sede Administrativa), teléfono 3 49 90 80 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma ESE antes mencionada. Declaro expresamente: * 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. * 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. TRATAMIENTO: 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: 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 adelantes gestiones de 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 PAÍSES: 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. 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 Norte 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 los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán: a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Calle 66 No 15-41 Bogotá DC, teléfono 349 90 80, e-mail sariaft@subrednorte.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 autorizo, 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.	
13. FIRMA Y HUELLA	
SE FIRMA EL PRESENTE DOCUMENTO COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO SU CONTENIDO, SE DECLARA QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES EXACTA Y VERDICA EN TODAS SUS PARTES.	
Firma Cliente / Reoresentante Legal	Huella Índice Derecho
14. VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN	
1. Ciudad y fecha	
2. Nombre y Cargo de quien verifica:	
3. Lugar de la verificación:	
4. Observaciones:	
5. Firma:	

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	INSTRUCTIVO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL Y JURÍDICA	CÓDIGO: AP-GF-I-08-02
		VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN FINANCIERA	PÁGINA : 11 DE 18
		FECHA : 06/05/2019

3.3. Persona jurídica

Este formulario debe ser diligenciado por las personas jurídicas o naturales cuyo tipo de vinculación contractual con la Subred Norte, sea por contratación para la prestación de bienes y/o servicios.

Fecha, ciudad, Departamento: en estas casillas se consignan los datos correspondientes a la fecha de diligenciamiento del formato, ciudad y departamento.

Identificar el tipo de empresa que contrata así:

- Persona Jurídica
- Persona Natural
- Otra: cual

1. Clase o tipo de vinculación con la empresa:

De acuerdo al tipo de empresa o vinculación se diligencia la respectiva casilla, teniendo en cuenta la calidad del informante:

-Asegurador

El asegurador es la persona que asume las consecuencias del riesgo del objeto de cobertura en un contrato de seguros.

-Proveedor

Es aquel tercero que abastece de materiales u otros suministros a la empresa, los cuales son necesarios para su desarrollo y funcionamiento.

-Contratista

Persona natural o empresa (jurídica), con la cual se tienen vínculos de carácter comercial.

-Particular

Es la persona natural o individuo que en propio nombre se ocupa de alguna o algunas actividades que la ley considera mercantiles.

-Otro: Hace referencia a otro tipo de vinculación, diferente a los descritos anteriormente.

2. Datos de la persona jurídica y/o natural:

Corresponden a la información de la empresa, cliente, proveedor, o usuario, los cuales se deben diligenciar en su totalidad.

Razón Social

Representante Legal

Primer Apellido

Segundo Apellido

Nombres

Cedula de Ciudadanía

Cedula de Extranjería

No. Identificación

Lugar de Expedición

Fecha de Expedición

Fecha de nacimiento

Lugar de nacimiento

Departamento

Nacionalidad

Dirección domicilio principal

Ciudad

Departamento

País

	INSTRUCTIVO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL Y JURÍDICA	CÓDIGO: AP-GF-I-08-02
		VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN FINANCIERA	PÁGINA : 12 DE 18
		FECHA : 06/05/2019

Teléfono/fax
 Correo electrónico
 Portal/página internet
 Dirección Sucursal/agencia
 Ciudad
 Departamento
 País
 Teléfono/fax
 Tipo de empresa
 Actividad Económica
 Información tributaria

3. Declaración Persona públicamente expuesta (PEPS):

Se diligencia en su totalidad.

Son personas nacionales o extranjeras que por razón de su cargo manejan o han manejado recursos públicos, o tienen poder de disposición sobre estos o gozan o gozaron de reconocimiento público. Las PEP extranjeras son individuos que cumplen o a quienes se les han confiado funciones públicas prominentes en otro país, como por ejemplo los Jefes de Estado o de Gobierno, políticos de alto nivel, funcionarios gubernamentales o judiciales de alto nivel o militares de alto rango, ejecutivos de alto nivel de corporaciones estatales, funcionarios de partidos políticos importantes. Las PEP domésticas son individuos que cumplen o a quienes se les han confiado funciones públicas internamente, a los cuales les aplica los mismos ejemplos que las PEP extranjeras mencionadas anteriormente. Las personas que cumplen o a quienes se les han confiado funciones prominentes por una organización internacional se refiere a quienes son miembros de la alta gerencia, es decir, directores, subdirectores y miembros de la Junta o fundones equivalentes. La definición de PER no pretende cubrir a individuos en un rango medio o más subalterno en las categorías anteriores.

FUENTE: CIRCULAR N.009 DE 2016

4. Información financiera (último periodo declarado):

Se diligencia en su totalidad, de acuerdo a lo solicitado en las casillas, la cual debe ser verificable con los soportes anexos al formulario (RUT).

5. Actividad de operaciones internacionales:

Se diligencia si cumple con la condición de realizar transacciones en moneda extranjera. Si es así se debe detallar lo solicitado.

6. Declaración del origen de los dineros/ fondos:

En esta casilla se expresa el origen de los fondos de quien diligencia el formato. Declarando que los bienes provienen de actividades lícitas.

7. Documentos requeridos:

De acuerdo a la calidad del cliente o contraparte se aporta lo solicitado, en su totalidad.

8. Autorización reporte y consulta a las entidades de riesgo:

En esta casilla se faculta a la ESE para efectuar las respectivas consultas, reportes, compartir información contenida en la base de datos financiera crediticia comercial y de servicios, de las entidades de control y de otros países (listas restrictivas)

Consideraciones: En este párrafo se presentan las disposiciones de ley, que se tuvieron en cuenta para la formulación y elaboración del formato.

Autorización: A través de esta autorización la ESE queda facultada para:

1. Finalidad del tratamiento de los datos personales: Mis datos personales serán tratados por la ESE 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 y/o proveedor de bienes y servicios.

	INSTRUCTIVO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL Y JURÍDICA	CÓDIGO: AP-GF-I-08-02
		VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN FINANCIERA	PÁGINA : 13 DE 18
		FECHA : 06/05/2019

- 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. Tratamiento: 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 las 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 adelantes gestiones de 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 países: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.

5. Datos sensibles: Se entiende por datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar su discriminación, tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promueva intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual y los datos biométricos.

Por lo cual se efectúa la siguiente declaración así: “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

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	INSTRUCTIVO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL Y JURÍDICA	CÓDIGO: AP-GF-I-08-02
		VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN FINANCIERA	PÁGINA : 14 DE 18
		FECHA : 06/05/2019

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”.

FUENTE: LEY 1581 DE 2012

6. Datos personales de niñas, niños y adolescentes: En el Tratamiento se asegurará el respeto a los derechos prevalentes de los niños, niñas y adolescentes. Queda proscrito el Tratamiento de datos personales de niños, niñas y adolescentes, salvo aquellos datos que sean de naturaleza pública.

FUENTE: LEY 1581 DE 2012

7. Derechos del titular de la información: Sin perjuicio de las excepciones previstas en la ley, en el Tratamiento se requiere la autorización previa e informada del Titular, la cual deberá ser obtenida por cualquier medio que pueda ser objeto de consulta posterior.

Se efectúa la siguiente declaración así: “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: Los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, serán: a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Calle 66 No 15-41 Bogotá DC, teléfono 349 90 80, e-mail sarlaft@subrednorte.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: Por medio de esta de manera expresa, se autoriza a la Subred Norte para 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 fueron informados en el presente documento.

10. Firma y huella: Es el signo o escritura manuscrita, normalmente formada por nombre, apellidos y rúbrica, que la persona que diligencia el formato pone al pie para identificarse y autorizar el documento, expresando que aprueba su contenido. La cual debe ser en original al igual que la huella.

9. Firma y cédula:

Es el signo o escritura manuscrita, normalmente formada por nombre, apellidos y rúbrica, que la persona que diligencia el formato pone al pie para identificarse y autorizar el documento, expresando que aprueba su contenido. La cual debe ser en original.

10. Verificación de la información:

Esta sección es de obligatorio cumplimiento ya que, por medio de esta se verifica lo registrado en el formulario

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	INSTRUCTIVO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL Y JURÍDICA		CÓDIGO: AP-GF-I-08-02
			VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN FINANCIERA		PÁGINA : 15 DE 18
			FECHA : 06/05/2019

CIUDAD/ PAÍS Y FECHA DE DILIGENCIAMIENTO					
PERSONA JURIDICA ☐		PERSONA NATURAL ☐		OTRA: ☐ CUAL: _____	
1. CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN CON LA EMPRESA (MARCA CON X)					
ASEGURADOR ☐		PROVEEDOR ☐		CONTRATISTA ☐	
PARTICULAR ☐		OTRO ☐		CUAL: _____	
2. DATOS DE LA PERSONA JURÍDICA					
RAZÓN SOCIAL		NIT			
REPRESENTANTE LEGAL:		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
CEDULA DE EXTRANJERÍA ☐		CEDULA DE CIUDADANÍA ☐		NUMERO: _____	
LUGAR Y FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)					
FECHA NACIMIENTO: AAAA/MM/DD		LUGAR NACIMIENTO		DEPARTAMENTO	
NACIONALIDAD (1)		NACIONALIDAD (2)			
DIRECCIÓN DOMICILIO PRINCIPAL		PAÍS		DEPARTAMENTO	
CIUDAD		TELÉFONO/FAX			
CORREO ELECTRÓNICO:		PORTAL/PAGINA INTERNET:			
DIRECCIÓN SUCURSAL/AGENCIA		DEPARTAMENTO/ CIUDAD		PAÍS	
TELÉFONO/FAX					
TIPO DE EMPRESA (ACTIVIDAD ECONOMICA)					
PUBLICA ☐		MIXTA ☐		PRIVADA ☐	
SERVICIOS ☐		INDUSTRIAL ☐		FARMACEUTICA ☐	
COMERCIAL ☐					
SERVICIOS DE SALUD ☐		SERVICIOS FINANCIEROS ☐		TRANSPORTES ☐	
OTRA ☐		CUAL: _____			
INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE		SI ☐		NO ☐	
RENTA/CREE		SI ☐		NO ☐	
IVA		SI ☐		NO ☐	
ICA		SI ☐		NO ☐	
CODIGO CIU ACTIVIDAD ECONOMICA					
PRINCIPAL ☐		SECUNDARIA ☐			
GRAN CONTRIBUYENTE		SI ☐		NO ☐	
AGENTE RETENEDOR		SI ☐		NO ☐	
AGENTE AUTORETENEDOR		SI ☐		NO ☐	
3. DECLARACIÓN PERSONA PUBLICAMENTE EXPUESTA (PEPS)					
POR SU CARGO O ACTIVIDAD ADMINISTRA O TIENE A SU CARGO EL MANEJO DE RECURSOS PÚBLICOS		SI ☐		NO ☐	
POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGÚN GRADO O TIPO DE PODER PÚBLICO		SI ☐		NO ☐	
POR SU ACTIVIDAD, OCUPACIÓN U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL		SI ☐		NO ☐	
ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS DIFERENTE A COLOMBIA		SI ☐		NO ☐	
Si contestó afirmativamente alguna de las anteriores preguntas, por favor, especifique:					
IDENTIFICACIÓN DE ACCIONISTAS, SOCIOS, ASOCIADOS QUE SEAN TITULARES DE MÁS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APOORTE O PARTICIPACIÓN					
NOMBRE COMPLETO O RAZÓN SOCIAL		%		TIPO DE IDENTIFICACIÓN	
				NUMERO IDENTIFICACIÓN	
				C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	
				C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	
				C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	
				C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	
4. INFORMACIÓN FINANCIERA (ÚLTIMO PERÍODO DECLARADO)					
INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES		ACTIVOS TOTALES			
INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES		PASIVOS TOTALES			
EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES		PATRIMONIO			
EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES					
CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES:					
CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES:					
5. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES					
REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA:		SI ☐ NO ☐			
REDESCUENTO ☐		EXPORTACIONES ☐		LEASING ☐	
SERVICIOS ☐		OPERACIONES DE TRANSFERENCIAS ☐		IMPORTACIONES ☐	
PAGO DE SERVICIOS ☐		PRESTAMOS EN MONEDA EXTRANJERA ☐		INVERSIONES ☐	
OTRA ☐		Especifique cual: _____			
TIPO PRODUCTO		No DEL PRODUCTO		MONTO OPERACIÓN	
CIUDAD		PAÍS		MONEDA	

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	INSTRUCTIVO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL Y JURÍDICA	CÓDIGO: AP-GF-I-08-02
		VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN FINANCIERA	PÁGINA : 16 DE 18
		FECHA : 06/05/2019

6. 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 NORTE 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. Los recursos que posee la Empresa provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):_____ 2. Las actividades realizadas por la Empresa se efectúan dentro del Marco Legal. Los recursos que posee NO provienen de actividades ilícitas de conformidad con el Código Penal Colombiano. 3. La información suministrada en este formulario es veraz y verificable, y me obligo a actualizarla cuando así se requiera. 4. Cláusula para apoderados: Certifico que toda la información suministrada y de la cual no soy titular ha sido obtenida de acuerdo con los parámetros establecidos legalmente. 5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato NO se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas. 6. 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) 7. 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. 8. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE se destinarán a actividades lícitas. 9. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma. 10. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED, 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 mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE 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. 11. 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 NORTE ESE.
7. DOCUMENTOS REQUERIDOS 1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio. 2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT. 3. Fotocopia del documento de identificación del Representante legal de la Empresa. 4. Fotocopia Declaración de Renta del ultimo periodo gravable declarado. 5. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso. APODERADO Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.
8. AUTORIZACIÓN DE USO DE INFORMACIÓN 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 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 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: Declaro expresamente: *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. *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 Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual 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. TRATAMIENTO: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 medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminación y liquidacion 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 celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, y a cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administracion 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.

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	INSTRUCTIVO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL Y JURÍDICA	CÓDIGO: AP-GF-I-08-02
		VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN FINANCIERA	PÁGINA : 17 DE 18
		FECHA : 06/05/2019

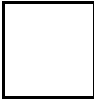
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente 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.

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 Norte ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. 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 Norte ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, (Calle 66 No.15-41 Bogotá D.C., Teléfono 3499080, email, sarlaft@subrednorte.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 autorizamos, 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.

9. FIRMA Y HUELLA	
SE FIRMA EL PRESENTE DOCUMENTO COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO SU CONTENIDO, SE DECLARA QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES EXACTA Y VERÍDICA EN TODAS SUS PARTES	
Firma Cliente / Representante Legal	Huella Índice Derecho

10. VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN	
1. Ciudad y fecha	
2. Nombre y Cargo de quien verifica:	
3. Lugar de la Entrevista:	
4. Observaciones:	
5. Firma y Cédula	

3.4. Seguimiento.

- * En el área respectiva reposara el original del formato diligenciado como soporte de los procedimientos efectuados.
- * Se enviara copia escaneada a la Dirección financiera- oficina SARLAFT, correo sarlaft@esechapinero.gov.co, para que haga parte del archivo.
- * El seguimiento al cumplimiento del diligenciamiento de formato es de responsabilidad de cada una de las áreas involucradas. Se reportara al área de SARLAFT para su conocimiento y se realizarán las auditorias correspondientes a la validación de la información reportada por las personas naturales y jurídicas.
- * En la oficina de SARLAFT, reposara en scanner la documentación referida para su presentación en caso de requerimiento por los entes de control

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	INSTRUCTIVO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL Y JURÍDICA	CÓDIGO: AP-GF-I-08-02
		VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN FINANCIERA	PÁGINA : 18 DE 18
		FECHA : 06/05/2019

4. BIBLIOGRAFÍA

1. Curso: Lo que debe saber sobre el lavado de activos- Curso e-learning- IUAF.
2. Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud
3. Ley Estatutaria 1581 de 2012
4. Manual de Procedimientos para la Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

CONTROL DEL DOCUMENTO			
Versión	Fecha	Descripción de la modificación	Realizada por
1	24/10/2018	Creación	Nombre: Diana Camelo Cargo: Directora Financiera
2	06/05/2019	Se ajustan los formatos y el contenido del diligenciamiento	Nombre: Diana Camelo Cargo: Directora Financiera

Elaboró:	Revisó:	Aval técnico de normalización:	Aprobó:
Nombre: Diana Camelo	Nombre: María Eugenia Rodríguez	Nombre: Martha Ligia Castillo Díaz	Nombre: Yidney Isabel García Rodríguez
Cargo: Directora Financiera	Cargo: Jefe Oficina de Calidad	Cargo: Líder Gestión Documental	Cargo: Gerente Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE
ORIGINAL FIRMADO			