		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	
Fecha de Solicitud D/M/A		02/01/2020		Fecha de Recibido D/M/A			
DATOS DEL SOLICITANTE							
Nombre del Solicitante:		YANETH SOFIA RODRIGUEZ LEGUIZAMON					
Proceso:		DIRECCION ADMINISTRATIVA-RECURSOS FISICOS					
Correo Electrónico y Teléfono		recursosfisicos@subrednorte.gov.co; hurtadovalenzuela@gmail.com / 3506583722 / 3005669319					
PAA(X) PROYECTO ()		SUPERVISOR DEL CONTRATO PERFILO CARGO		MACEDONIO HERNANDEZ RODRIGUEZ-PROFESIONAL ESPECIALIZADO			
OBJETO A CONTRATAR							
Adquisición, transporte, instalación, configuración y puesta en funcionamiento de un sistema ininterrumpido de potencia (UPS) para la Unidad de Servicio de Salud Simón Bolívar.							
JUSTIFICACIÓN DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR							
La Subred Integrada De Servicios de Salud Norte E.S.E., en el proceso de adecuación y mejora de la infraestructura del servicio de imagenología sótano 1, requiere dar óptimas condiciones de calidad en la red eléctrica (red regulada), a fin de responder a los ambientes seguros y confiables de dicha área, en lo referente a corriente y voltaje regulado. Debido a lo anterior es importante contar con sistemas ininterrumpidos de potencia (UPS) que se encargan de proveer energía en caso de falla o corte del fluido eléctrico y regular el voltaje, así garantizar la continuidad, seguridad y calidad en la prestación de los servicios de salud, articulando las acciones a los estándares de Habilitación; Instalaciones físicas, Acreditación; estándar "Ambiente físico" y a las políticas de "Humanización del Servicio" y "Hospital Seguro."							
DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR							
Ítem	Nombre / Descripción	Cantidad	Unidad de medida	Promedio consumo mensual	Especificación Técnica	Observación	*PAA
1	Sistema ininterrumpido de potencia (UPS) de capacidad 60 KVA la cual debe incluir como mínimo: Características técnicas: Tipo: • Torre, interior Generalidades: • Conexión en paralelo redundante sin ningún tipo de aditamento. • Inmunes a rotación de fases de entrada. • Vida útil y stock de repuestos mínimo de 10 años. • Monitoreo remoto y actualización de software. Características de entrada: • Voltaje/ Fases: 208/120 VAC (Opcional 220VAC / 380VAC / 480VAC) • Conexión: Trifásica (3 Fases), Neutro a Tierra. • Frecuencia: 60Hz y/o ajustable por software. • Eficiencia / Transferencia: mayor de 96% / 0 ms sin corte. Batería: • Tipo Seco. • Autonomía a plena carga: minutos, capacidad para autonomías extendidas adicionales (6 o más horas). • Tiempo de recarga: 4 horas a 90%	1	Unidad	No aplica			

• Protección de batería: Función de apagar, cuando la batería esta baja. • Sistema test de batería. • Protecciones • Protecciones por hardware: Breaker termomagnético para entrada, salida. • Baterías, Bypass; Fusibles de acción rápida en DC. • Fuentes Redundantes; Sensores de temperatura, switch ON-OFF. • Alarmas sonoras. • Protecciones por software: Apagado manual inversor. • Apagado manual total. • Falla SCR bypass. • Falla secuencia bypass. • Bypass intolérable. • Sobrecarga crítica, Sobrevoltaje de salida. • Bypass: Estado sólido automático manual de servicio ininterrumpido parte interna. • Expansión • Capacidad de expansión y/escalaridad de mínimo 30% como reserva en la potencia de la UPS. • Capacidad de modularidad través de módulos que alteren tanto la potencia (W) como la autonomía (min.) del sistema de potencia eléctrica.						
--	--	--	--	--	--	--

¿Se anexa documento de detalle de descripción? SI ___ NO ___ X ___

REQUISITOS TÉCNICOS ESPECIALES A SOLICITAR			
1. Experiencia de contratación con el sector público y/o privado de mínimo 4 años, referente a la venta, instalación y montaje de UPSs. Mediante la presentación de minutas de contratos y/o certificación de experiencia. 2. Certificado de cumplimiento de la norma IEC 62040 - 3/2011 y la RESOLUCIÓN 90708 de 2013 del MINISTERIO DE MINAS Y ENERGÍA - RETIE. 3. Garantía de mínimo 3 años, mediante carta firmada por el representante legal.			

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA OFERTA			
TÉCNICOS (SI)	ECONÓMICOS (SI)	OTROS	CUALES:

SE REQUIERE VISITA TÉCNICA	
SI (X)	NO

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 ☐

	ESTUDIOS PREVIOS DE BIENES Y SERVICIOS		CÓDIGO : AP-CT-F-01-05
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE.		VERSIÓN : 5
	GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		PÁGINA : 2 DE 2
		FECHA : 12/06/2018	

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 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 DEMÁS QUE SE NECESITEN PARA EL DESARROLLO Y CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL.

ESPECÍFICAS:

- 1.El proveedor y/o contratista realizará entrega de los manuales de los equipos, los cuales deben estar en idioma español.
- 2.El contratista y/o proveedor una vez sea desarrollado la instalación y montaje del equipo debe hacer entrega al supervisor del reporte de servicio con el detallado de la actividad realizada en la cual contenga (nombre claro, firma) y con el recibido a satisfacción por parte del servicio y/o persona encargada (nombre claro, firma).
3. Garantía de 1 año, cuando sea requerido y según sea el caso el proveedor debe brindar soporte técnico en un tiempo no mayor a 4 horas.
- 4.El proveedor y/o contratista una vez finalizado el montaje de los equipos debe realizar una capacitación en operación normal y en caso de falla o emergencia de los equipos instalados. Dicha capacitación será realizada a todo el personal de mantenimiento, previa programación con el supervisor del contrato.

PLAZO ESTIMADO DE EJECUCION DEL CONTRATO (en días o meses)

Dos (2) 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 termino.
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:	YANETH SOFIA RODRIGUEZ LEGUIZAMON	
	Firma del Director de la Oficina de Contratación :	HEMILET CALA CELIS	
	Nombre y Firma VoBo. Subgerente Corporativo y/o de Servicios de Salud:	ALVARO DE JESUS GALVIS BARRIOS	
	Nombre y Firma Gerente:	YIDNEY ISABEL GARCIA RODRIGUEZ	

Observaciones:

TIPO DE RIESGO	TIPIFICACIÓN (EJEMPLOS PARA TIPIFICAR LOS RIESGOS GENERALES DE LA COLUMNA ANTERIOR)	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA						IMPACTO						ESTIMACIÓN	ASIGNACIÓN DEL RIESGO (DEFINICIÓN)	QUIEN ASUME EL RIESGO	FORMA DE MITIGARLO				
		4		3		2		1		4		3						2		1	
		ALTA	MEDIA	MEDIA	BAJA	ALTA	MEDIA	BAJA	ALTA	MEDIA	BAJA	ALTA	MEDIA					BAJA	ALTA	MEDIA	BAJA
Castilla de selección	Castilla de diligenciamiento	Castilla de selección (escoge solo una)																			
ECONÓMICOS:	Dado el estado actual de los equipos puede variar los costos económicos estimados en la verificación inicial.			3										2		5	Generación automática	CONTRATANTE	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					2									1	3	Generación automática	CONTRATANTE	Análisis de las políticas estatales respecto		
OPERACIONAL:	Suficiencia del presupuesto oficial.			3								3				6	Generación automática	CONTRATANTE	Ejecución presupuestal supervisada		
FINANCIERO:	Son el riesgo de consecución de financiación o riesgo de liquidez para obtener recurso 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 remanencias entre otros	4										3				7	Generación automática	CONTRATANTE Y CONTRA	Respalda las operaciones presupuestales con los debidos certificados		
REGULATORIO:	Derivados de los cambios regulatorios o reglamentarios que afecten la ecuación económica del contrato					2						3				5	Generación automática	CONTRATANTE	Análisis del mercado cambiario de la moneda extranjera		
DE LA NATURALEZA:	Son los eventos naturales previsible 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					2							2			4	Generación automática	CONTRATANTE	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	Generación automática	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.										1					1	Generación automática	CONTRATISTA	Acatar las recomendaciones que emiten las entidades y áreas recomendadas		
																0	Generación automática				
																0	Generación automática				
																0	Generación automática				

ELABORADO POR

Firm:

MACEDONIO HERNANDEZ

Correo Electrónico	ingenieria @subrednorte.gov.co
--------------------	--------------------------------

Cargo:	
LÍDER RECURSOS FÍSICOS	

Fecha Elaboración d/m/a

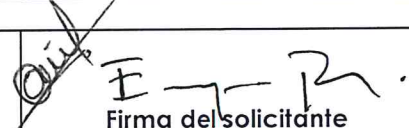
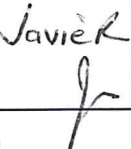
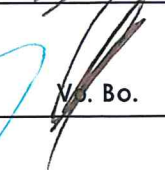
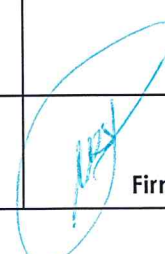
 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	SOLICITUD DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	CÓDIGO : PR-F-01-02
		VERSIÓN : 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E PRESUPUESTO	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA : 27/04/2017

Fecha de la solicitud:

09	01	2020
DIA	MES	AÑO

DATOS DEL SOLICITANTE

Área ó centro solicitante:	DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN - COMPRAS
Centro de costo	T01
Objeto:	ADQUISICIÓN, TRANSPORTE, CONFIGURACIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE UN SISTEMA ININTERRUMPIDO DE POTENCIA (UPS) PARA LA UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD SIMÓN BOLIVAR PERTENECIENTE A LA SUBRED INTEGRADAD DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
Rubro presupuestal:	MANTENIMIENTO ESE
Código del Rubro:	312010801
Valor Solicitado (En letras y números):	\$ 89.918.463 OCHENTA Y NUEVE MILLONES NOVECIENTOS DIECIOCHO MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y TRES PESOS M/CTE.

FIRMAS	LUIS ENRIQUE PAEZ FALLA	
	Nombre del responsable de área o centro que solicita	Firma del solicitante
	DIANA CAROLINA CAMELO SANCHEZ 	
	Nombre del Director que revisa	Firma Revisado
	ALVARO DE JESÚS GALVIS BARRIOS (E)	
	Nombre Subgerente Corporativo y/o de Servicios de Salud	Vs. Bo.
	YIDNEY ISABEL GARCÍA RODRÍGUEZ	
	Nombre del Gerente	Firma aprobado

Recibido en Presupuesto _____

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICIÓN: Enero 9 De 2020

CDP. No.

85

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.....: 31201080100000000000000001

CODIGO PRESUPUESTAL.....: 312010801

NOMBRE RUBRO.....: MANTENIMIENTO ESE

SALDO DE DISPONIBILIDADES : 1,724,375,382.00

PRESUPUESTO DISPONIBLE : 15,385,025,618.00

SALDO DE APROPIACION : 17,109,401,000.00

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

ADQ TRANSP Y CONFIG UPS PARA UHMES SIMON BOLIVAR

POR UN VALOR INICIAL DE : 89,918,463.00

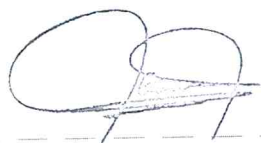
CON UN VALOR REINTEGRADO DE : .00

PARA UN VALOR ACTUAL DE : 89,918,463.00

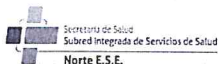
OCHENTA Y NUEVE MILLONES NOVECIENTOS DIECIOCHO MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y TRES PESOS CON
00/100 M/CTESOBRE ESTA MISMA APROPIACION SE HAN EXPEDIDO A LA FECHA CERTIFICADOS DE
DISPONIBILIDAD PARA COMPROMISOS POR VALOR DE: 1,724,375,382.00
LOS CUALES NO HAN SIDO RESERVADOS NI ANULADOS.

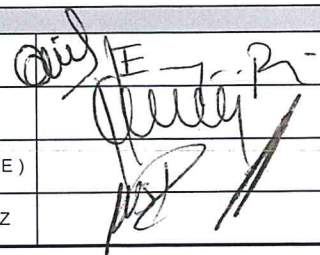
DISPONIBILIDAD NETA : 15,295,107,155.00

ESTA DISPONIBILIDAD TIENE UNA VIGENCIA DE (180) DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE SU EXPEDICIÓN.

NESTOR JAVIER RODRIGUEZ MENDEZ
RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO

	INVITACIÓN A COTIZAR		CÓDIGO : AP-CT-F-04-04	
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		VERSIÓN : 4 PÁGINA : 1 DE 2 FECHA : 12/06/2018	
INVITACIÓN A COTIZAR No. 006-2020 S.NTE				
OBJETO A CONTRATAR	ADQUISICIÓN, TRANSPORTE, INSTALACIÓN, CONFIGURACIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE UN SISTEMA ININTERRUMPIDO DE POTENCIA (UPS) PARA LA UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD SIMÓN BOLÍVAR PERTENECIENTE A LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.			
ESPECIFICACIONES DEL BIEN O SERVICIO				
Item	Nombre / Descripción	Unidad de medida	Cantidad	Especificación Técnica
1	Sistema ininterrumpido de potencia (UPS) de capacidad 60 KVA la cual debe incluir como mínimo: Características técnicas: Tipo: • Torre, interior Generalidades: • Conexión en paralelo redundante sin ningún tipo de aditamento. • Inmunes a rotación de fases de entrada. • Vida útil y stock de repuestos mínima de 10 años. • Monitoreo remoto y actualización de software. Características de entrada • Voltaje/ Fases: 208/120 VAC (Opcional 220VAC / 380VAC / 480VAC) • Conexión: Trifásica (3 Fases), Neutro y Tierra. • Frecuencia: 60Hz y/o ajustable por software. • Eficiencia / Transferencia: mayor al 96% / 0 ms sin corte. Batería: • Tipo Seco. • Autonomía a plena carga: 5 minutos, capacidad para autonomías extendidas adicionales (6 o más horas). • Tiempo de recarga: 4 horas a 90% • Protección de batería: Función de apagar, cuando la batería esta baja. Sistema test de batería. Protecciones • Protecciones por hardware: Breaker termomagnético para entrada, salida. • Baterías, Bypass; Fusibles de acción rápida en DC. • Fuentes Redundantes; Sensores de temperatura, switch ON-OFF. • Alarmas sonoras. • Protecciones por software: Apagado manual inversor. • Apagado manual total. • Falla SCR bypass. • Falla secuencia bypass. • Bypass intolerable. • Sobrecarga crítica, Sobrevoltaje de salida, • Bypass: Estado sólido automático y manual de servicio ininterrumpido parte interna. Expansión • Capacidad de expansión y/o escalaridad de mínimo 30% como reserva en la potencia de la UPS. • Capacidad de modularidad a través de módulos que alteren tanto la potencia (W) como la autonomía (min.) del sistema de potencia eléctrica.	Unidad	1	
CRONOGRAMA DE LA INVITACIÓN				
PUBLICACIÓN APERTURA PROCESO DE SELECCIÓN		16/01/2020		
VISITA TÉCNICA (OBLIGATORIA)		Fecha: 20/01/2020 Hora: 10:00 a.m. Lugar: USS Simón Bolívar - Calle 165 # 7-06 Puerta Principal Contacto: Ing. Macedonio Hernández Teléfono: 3012110342		
CIERRE Y ENTREGA DE PROPUESTAS		Fecha: 21/01/2020 Hora: Hasta las 3:00 p.m. Lugar: SECOP II		
APERTURA DE PROPUESTAS PRESENTADAS		Fecha: 21/01/2020 Hora: 3:10 p.m. Lugar: SECOP II		
EVALUACIÓN CRITERIOS JURIDICOS, FINANCIEROS, TÉCNICOS Y ECONOMICOS		Entre el 21/01/2020 y el 23/01/2020		
PÚBLICACIÓN DE LAS EVALUACIONES		23/01/2020		
OBSERVACIONES A LAS EVALUACIONES		Hasta el 24/01/2020 a las 12:00 p.m. (mediodía)		
REESPUESTA A LAS OBSERVACIONES DE LAS EVALUACIONES		24/01/2020		
FECHA DE REMISIÓN COMUNICADO ACEPTACIÓN DE PROPUESTA		Dentro de los 3 días hábiles siguientes a la publicación de las evaluaciones		

	INVITACIÓN A COTIZAR		CÓDIGO : AP-CT-F-04-04	
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		VERSIÓN : 4	
		PÁGINA : 1 DE 2		FECHA : 12/06/2018
Documentos soportes que debe anexar el proponente	JURÍDICOS: 1. Carta de Presentación de la Propuesta (Anexo No. 1 entregado por la Subred). 2. Certificación de Cumplimiento Aporte Parafiscales (Anexo No. 2 entregado por la Subred). 3. Compromiso Anticorrupción (Anexo No. 3 entregado por la Subred). 4. Certificado de Existencia y Representación Legal / Matrícula Mercantil (expedición no mayor a treinta (30) días). 5. Fotocopia del Registro Único Tributario – RUT. 6. Fotocopia del Registro de Identificación Tributaria - RIT. 7. Fotocopia Documento de Identidad del Representante Legal. 8. Certificado Antecedentes Disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación, de la empresa y del representante legal. 9. Certificado Antecedentes Fiscales de la Contraloría General de la República de la empresa y del representante legal. 10. Certificado Antecedentes Disciplinarios de la Personería de Bogotá, del representante legal. 11. Certificado Antecedentes Judiciales de la Policía Nacional, del representante legal. 12. Certificado de Registro Nacional de Medidas Correctivas de la Policía Nacional, del representante legal. 13. Certificación Bancaria.			
	TÉCNICOS: 1. Experiencia de contratación con el sector público y/o privado de mínimo 4 años, referente a la venta, instalación y montaje de UPSs. Mediante la presentación de minutas de contratos y/o certificación de experiencia. 2. Certificado de cumplimiento de la norma IEC 62040 - 3/2011 y la RESOLUCIÓN 90708 de 2013 del MINISTERIO DE MINAS Y ENERGÍA – RETIE. 3. Garantía de mínimo 3 años, mediante carta firmada por el representante legal.			
	SARLAFT: 1. 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. 4 entregado por la Subred). 2. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso. (Solo los obligados a llevar contabilidad). 3. Fotocopia de la Declaración de Renta del último periodo gravable declarado.			
	Nota: Se debe diligenciar en su totalidad, no dejar espacios en blanco, en caso de que no aplique diligenciar (N/A). Si requiere apoderado, adjuntar poder debidamente firmado con reconocimiento ante notario público.			
	ECONÓMICOS: 1. Propuesta económica en donde se especifique el valor unitario, IVA y valor total de los ítems a contratar. (Anexo No. 5 entregado por la Subred). Nota: La propuesta deberá contener la forma de pago a 90 días. La propuesta no podrá superar el valor del presupuesto asignado para el presente proceso. La propuesta debe estar firmada por el representante legal.			
CRITERIOS DE EVALUACIÓN				
Jurídicos	CUMPLE O NO CUMPLE CON LA TOTALIDAD DE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS			
Técnicos	CUMPLE O NO CUMPLE CON LA TOTALIDAD DE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS Y/O CALIFICACIÓN			
Económicos	SE TENDRÁ EN CUENTA LA MEJOR PROPUESTA ECONÓMICA CON RESPECTO AL PRECIO Y QUE SE ENCUENTRE HABILITADA DENTRO DE LOS FACTORES JURÍDICOS, SARLAFT Y TÉCNICOS.			
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. SEGÚN EL DECRETO 1082-2015 SE DARÁ PRELACIÓN AL PROPONENTE QUE ACREDITE LA VINCULACIÓN DENTRO DE SU NÓMINA DE PERSONAL DE POR LO MENOS UN 10% DE PERSONAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD.			
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL QUE RESPALDA LA CONTRATACIÓN				
Valor	\$	89.918.463	No.	85
Rubro Presupuestal	MANTENIMIENTO ESE		Fecha del CDP	9/01/2020
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	2 MESES
FORMA DE ENTREGA DE LOS BIENES O SERVICIOS				
Sitio de entrega	EN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.			

	INVITACIÓN A COTIZAR		CÓDIGO : AP-CT-F-04-04
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		VERSIÓN : 4 PÁGINA : 1 DE 2 FECHA : 12/06/2018
Garantías de exigibilidad	A) De la Calidad y Correcto Funcionamiento de los Bienes: En los contratos cuya cuantía naturaleza o complejidad así lo exija, el contratista deberá constituir esta garantía, 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.		
	B) 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.		
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 GARANTÍA 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 ALMACÉN 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 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. El proveedor y/o contratista realizará entrega de los manuales de los equipos, los cuales deben estar en idioma español. 2. El contratista y/o proveedor una vez sea desarrollado la instalación y montaje del equipo debe hacer entrega al supervisor del reporte de servicio con el detallado de la actividad realizada en la cual contenga (nombre claro, firma) y con el recibido a satisfacción por parte del servicio y/o persona encargada (nombre claro, firma). 3. Garantía de 1 año, cuando sea requerido y según sea el caso el proveedor debe brindar soporte técnico en un tiempo no mayor a 4 horas. 4. El proveedor y/o contratista una vez finalizado el montaje de los equipos debe realizar una capacitación en operación normal y en caso de falla o emergencia de los equipos instalados. Dicha capacitación será realizada a todo el personal de mantenimiento, previa programación con el supervisor del contrato.		
ACLARACIONES			
En caso de aclaraciones	El oferente podrá remitir sus observaciones en cualquier momento durante el proceso a través de la plataforma SECOP II.		
ANEXOS	Favor diligenciar los anexos correspondientes: ANEXO 1. Carta de Presentación de la Propuesta. ANEXO 2. Certificación de Cumplimiento Aportes Parafiscales. ANEXO 3. Compromiso Anticorrupción. ANEXO 4. SARLAFT. ANEXO 5. Propuesta Económica.		
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	

ANEXO No. 1
CARTA DE PRESENTACION DE LA PROPUESTA

(Ciudad) (Fecha)

SEÑORES

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

DIRECCION DE CONTRATACIÓN - COMPRAS

compras@subrednorte.gov.co

CL 66 No. 15 – 41, Sede Administrativa, piso 1 Correspondencia

REFERENCIA: Propuesta para la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., correspondiente a “ADQUISICIÓN, TRANSPORTE, INSTALACIÓN, CONFIGURACIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE UN SISTEMA ININTERRUMPIDO DE POTENCIA (UPS) PARA LA UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD SIMÓN BOLÍVAR PERTENECIENTE A LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.”

El suscrito _____ (Nombre del proponente) actuando en nombre y presentación de (Persona Jurídica y/o Consorcio / Unión Temporal) presento la siguiente propuesta dentro del asunto en referencia y declaro que:

- ✓ Conozco y acepto la invitación a cotizar y/o pliego de condiciones que soportan la presente contratación.
- ✓ Que el valor de la propuesta corresponde a \$ _____
- ✓ Que la presente propuesta y el contrato en caso de ser adjudicado y suscrito comprometo a quien suscribe la presente carta en la calidad con que actúa en ella.
- ✓ Que ninguna entidad o persona distinta al firmante tiene interés comercial en esta propuesta ni en el contrato que de ella se derive.
- ✓ Que ni el suscrito ni la empresa a la que represento nos encontramos incurso en causal 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 me comprometo a suscribir el presente contrato dentro del término establecido.

(Firma)

Nombre del Proponente:

Representante Legal:

Dirección:

Teléfono:

Correo electrónico:

ANEXO No. 2
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO APOORTE PARAFISCALES

(Ciudad) (Fecha)

Yo, _____ Identificado con la Cédula de Ciudadanía No. _____ expedida en _____, en mi condición de _____ (Revisor Fiscal o Representante Legal, según sea el caso) de la Empresa _____ con NIT No. _____ (en adelante la empresa), en cumplimiento a lo establecido en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002, en concordancia con el Artículo 1º. De la Ley 828 de 2003, manifiesto bajo la gravedad del juramento que la empresa ha cumplido a la fecha de la entrega de la presente certificación, con los pagos al Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensiones y Riesgos Profesionales y con los aportes correspondientes de los últimos seis (6) meses a todos sus empleados vinculados por contrato de trabajo, por lo que declaro que se encuentra a PAZ Y SALVO, con las Empresas Promotoras de Salud (EPS), Fondos de Pensiones, Administradoras de Riesgos Laboral (ARL), Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA).

FIRMA

Nombre de Quien Firma
Cédula de Ciudadanía No.
En Calidad de

NOTA: La presente certificación debe ser firmada por el Representante Legal de la Empresa o por el Revisor Fiscal, en caso que la empresa tenga ese cargo y este registrado en la Cámara de Comercio. Para las Empresas con menos de seis (6) meses de creada, deberá certificar el cumplimiento a partir de la fecha de su constitución.

ANEXO No. 3
COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

(Ciudad) (Fecha)

Señores

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

Ciudad

Asunto: Presentación de Compromiso Anticorrupción

El suscrito _____, identificado (a) como se indica al pie de mi firma, actuando en nombre y representación de _____, manifiesto la voluntad de apoyar la acción del Estado colombiano y de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., para fortalecer la transparencia en los procesos de selección y la responsabilidad de rendir cuentas, por lo tanto, de manera unilateral en nombre de mi(s) representado(s) suscribo el presente Compromiso Anticorrupción, asumiendo los siguientes compromisos:

1. No ofrecer ni dar sobornos ni dar o entregar cualquier otra forma de halago o dádiva a ningún funcionario, miembro, trabajador o subcontratista de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., o cualquier otro funcionario del Estado que tenga o haya tenido que ver con el proceso, en relación con su propuesta.
2. No permitir que nadie en su nombre, bien sea empleado, agente o comisionista independiente incurra en las conductas indicadas en el numeral anterior.
3. Impartir instrucciones a todos sus empleados, subcontratistas y agentes y a cualesquiera otros representantes suyos, exigiéndoles en todo momento el cumplimiento de las Leyes de la República de Colombia, y especialmente de aquellas que rigen el presente proceso.
4. No efectuar acuerdos o realizar actos o conductas que tengan por objeto o como consecuencia la colusión del proceso o el fraude en su resultado y no realizar conductas que tengan como efecto la desviación de la adjudicación del contrato.

(Firma)

(Nombre Representante Legal)

(No. Identificación representante Legal)

Representante Legal

(Nombre empresa)

(NIT empresa)

(Dirección empresa)

(Teléfono empresa)

(Dirección correo electrónico de la empresa)

	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	
	CUADRO DE DATOS DE LA PERSONA JURÍDICA			
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		NOMBRES
REPRESENTANTE LEGAL:		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO
CEDULA DE EXTRANJERÍA ☐		CEDULA DE CIUDADANÍA ☐		NUMERO:
FECHA NACIMIENTO: AAAA/MM/DD		LUGAR NACIMIENTO		DEPARTAMENTO
DIRECCIÓN DOMICILIO PRINCIPAL		PAÍS		DEPARTAMENTO
CORREO ELECTRÓNICO:		PORTAL/PAGINA INTERNET:		
DIRECCIÓN SUCURSAL/AGENCIA		DEPARTAMENTO/ CIUDAD		PAÍS
TIPO DE EMPRESA (ACTIVIDAD ECONÓMICA)		TELÉFONO/FAX		
PUBLICA ☐ MIXTA ☐ PRIVADA ☐ SERVICIOS ☐ INDUSTRIAL ☐ FARMACÉUTICA ☐ COMERCIAL ☐				
SERVICIOS DE SALUD ☐ SERVICIOS FINANCIEROS ☐ TRANSPORTES ☐ OTRA ☐ CUAL: _____				
INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE		IVA		ICA
SI ☐ NO ☐		SI ☐ NO ☐		SI ☐ NO ☐
GRAN CONTRIBUYENTE		AGENTE RETENEDOR		AGENTE AUTORETENEDOR
SI ☐ NO ☐		SI ☐ NO ☐		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 ☐		
NUMERO IDENTIFICACIÓN		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐		
NUMERO IDENTIFICACIÓN		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐		
NUMERO IDENTIFICACIÓN		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 ☐		
PRESTAMOS EN MONEDA EXTRANJERA ☐		INVERSIONES ☐		
OTRA ☐		ESPECIFIQUE CUAL: _____		
TIPO PRODUCTO		MONTO OPERACIÓN		CIUDAD
PAÍS		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 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 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 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 <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		

ANEXO ECONOMICO

NOMBRE DEL PROPONENTE: _____
NIT.: _____

ELEMENTO	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR IVA (SI APLICA)	VALOR UNITARIO + IVA	VALOR TOTAL
Sistema ininterrumpido de potencia (UPS) de capacidad 60 KVA la cual debe incluir como mínimo: Características técnicas: Tipo: •Torre, interior Generalidades: •Conexión en paralelo redundante sin ningún tipo de aditamento. •Inmunes a rotación de fases de entrada. •Vida útil y stock de repuestos mínima de 10 años. •Monitoreo remoto y actualización de software. Características de entrada •Voltaje/ Fases: 208/120 VAC (Opcional 220VAC / 380VAC / 480VAC) •Conexión: Trifásica (3 Fases), Neutro y Tierra. •Frecuencia: 60Hz y/o ajustable por software. •Eficiencia / Transferencia: mayor al 96% / 0 ms sin corte. Batería: •Tipo Seco. •Autonomía a plena carga: 5 minutos, capacidad para autonomías extendidas adicionales (6 o más horas). •Tiempo de recarga: 4 horas a 90% •Protección de batería: Función de apagar, cuando la batería esta baja. Sistema test de batería. Protecciones •Protecciones por hardware: Breaker termomagnético para entrada, salida. •Baterías, Bypass; Fusibles de acción rápida en DC. •Buentes Redundantes; Sensores de temperatura, switch ON-OFF. •Alarmas sonoras. •Protecciones por software: Apagado manual inversor. •Apagado manual total. •Balla SCR bypass. •Balla secuencia bypass. •Bypass intolerable. •Sobrecarga critica, Sobrevoltaje de salida, •Bypass: Estado sólido automático y manual de servicio ininterrumpido parte interna. Expansión •Capacidad de expansión y/o escalabilidad de mínimo 30% como reserva en la potencia de la UPS. •Capacidad de modularidad a través de módulos que alteren tanto la potencia (W) como la autonomía (min.) del sistema de potencia eléctrica.	1		0	0	0

 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	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		No IDENTIFICACIÓN		LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio)	
C.C. ☐ R.C. ☐ C.E. ☐ NUIP ☐ PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL:					
ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ NO ☐					
FECHA NACIMIENTO:		LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)		PAÍS NACIMIENTO	
ESTADO CIVIL		PERSONAS A CARGO		NUMERO DE HIJOS	
SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ VIUDO(A) ☐ UNION LIBRE ☐					
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA				PROFESIÓN/ OFICIO	
MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐ TECNÓLOGO ☐ TÉCNICO ☐ OTRO ☐ CUAL:					
DIRECCIÓN RESIDENCIA:		CIUDAD RESIDENCIA		DEPARTAMENTO 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	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		NUMERO DE IDENTIFICACIÓN		LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio)	
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		CÓDIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONÓMICA	
		SI ☐		IVA	
		NO ☐		ICA	
		GRAN CONTRIBUYENTE		AGENTE RETENEDOR	
SI ☐		SI ☐		PRINCIPAL:	
NO ☐		NO ☐		SECUNDARIA:	
AGENTE AUTORETENEDOR		SI ☐		NO ☐	
NO ☐		NO ☐		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	
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		CÓDIGO: AP-GF-I-08-02
	DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE		VERSIÓN: 2
	PERSONA NATURAL Y JURÍDICA		PÁGINA : 9 DE 18
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN FINANCIERA		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	
						MONTA 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.							

 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 : 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 sariiaft@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

 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 : 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.

 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 : 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

	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	

	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 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 celebracion 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 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		CÓDIGO: AP-GF-I-08-02
	DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE		VERSIÓN: 2
	PERSONA NATURAL Y JURÍDICA		PÁGINA : 17 DE 18
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN FINANCIERA		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			