

CONTRATO NUEVO (X)

ANEXO ECONOMICO No.5

FECHA:

NOMBRE RAZÓN SOCIAL:

CORREO ELECTRÓNICO:

VIGENCIA DE LA PROPUESTA:

NIT.:

TELÉFONO CEL:

OBJETO A CONTRATAR EQUIPOS PORTATILES PARA LA MEDICION DE LA CALIDAD DE AGUA POTABLE DE LOS PARAMETROS REQUERIDOS POR LA LÍNEA DE INTERVENCIÓN CALIDAD DEL AGUA Y SANAMIENTO BÁSICO DE VIGILANCIA EN SALUD AMBIENTAL, PARA EL NORMAL FUNCIONAMIENTO DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

ESPECIFICACIONES DEL BIEN O SERVICIO

ITEM	DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	OBSERVACIONES	V/R UNITARIO	IVA (SI APLICA)	V/R TOTAL UNITARIO
1	Kit Fotóm portátil Color de Agua (PCU)	1	Unidad	1.METODO DE MEDICIÓN COLORIMETRICO PLATINO COBALTO. 2.FUNCIONAMIENTO CON BATERIAS AA. 3.RESOLUCION 1 PCU. 4.RANGO DE 0 A 500 PCU. 5.PRECISIÓN: RESOLUCION ±10 PCU ±5% DE LA LECTURA.		\$ -	\$ -
2	Fotómetro Multiparámetro de Sobremesa portatil	1	Unidad	1.ABSORBANCIA: RANGO 0,000 A 4,000 ABS. 2.MEDICION DE CLORO LIBRE: RANGO 0.00 a 5.00 mg/L (como Cl2). RESOLUCION 0,01mg/l. PRECISIÓN ±0.03 mg/L ±3% DE LECTURA. LONGITUD DE ONDA 525 NANOMETROS. 3.MEDICION DE HIERRO: RANGO 0.00 a 5.00 mg/L Fe. RESOLUCIÓN 0.01 mg/L. PRECISIÓN ±0.04 mg/L ±2% DE LECTURA. LONGITUD DE ONDA 525 NANOMETROS. 5. CAPACIDAD DE MEDIR OTROS PARAMETROS EN AGUA COMO CALCIO, CLORURO, CLORO TOTAL, DUREZA TOTAL, MANGANESO.		\$ -	\$ -
3	Medidor conforme a la EPA de la turbidez/Cloro Libre/Total	1	Unidad	1. FUENTE DE LUZ: LAMPARA DE FILAMENTO DE TUGSTENO. 2. RANGO: 0.00 a 9.99; 10.0 a 99.9 y 100 a 1000 NTU. 3. RESOLUCIÓN: 0.01 NTU desde 0.00 a 9.99 NTU; 0.1 NTU desde 10.0 a 99.9 NTU; 1 NTU desde 100 a 1000 NTU. 4. PRECISIÓN: 0.01 NTU desde 0.00 a 9.99 NTU; 0.1 NTU desde 10.0 a 99.9 NTU; 1 NTU desde 100 a 1000 NTU. 5. METODO: Método de nefelometría (90 °) o el metodo de nefelometría (90 °), Adaptacion del Método 108.1 de USEPA y Método Estandar 2130 B.		\$ -	\$ -
4	Set de calibración para HI 98703	1	Unidad	REFERENCIA: HI 98703-11		\$ -	\$ -
VALOR TOTAL							\$ -

NOTA:PAGO DENTRO DE LOS 90 DÍAS SIGUIENTES

NOTA: Sirvase cotizar conforme la unidad de medida solicitada.

Nombre y Firma del Representante Legal

ANEXO N°1

FORMATO CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Ciudad y Fecha: _____

Señores

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E

Bogotá D.C. – Colombia

Referencia: **INVITACIÓN A COTIZAR No.** _____

Por medio de los documentos adjuntos, me permito presentar propuesta para participar en la invitación a cotizar de la referencia, tendiente a contratar el objeto definido en la misma.

En el evento de resultar aceptada mi propuesta, me comprometo a perfeccionar y legalizar el respectivo contrato en el término señalado por la entidad, y a ejecutar el objeto contractual de acuerdo con los documentos que hacen parte del presente proceso de selección, del contrato, de esta propuesta y las demás estipulaciones de la misma.

En mi calidad de proponente declaro:

1. Que conozco la invitación a cotizar, sus adendas e informaciones sobre preguntas y respuestas, así como los demás documentos relacionados con los trabajos, y acepto cumplir todos los requisitos en ellos exigidos.
2. De igual forma manifiesto que acepto las consecuencias que se deriven por el incumplimiento de los requisitos a que se refiere el numeral anterior.
3. Que acepto las condiciones establecidas por la entidad contratante para la ejecución de su objeto contractual.
4. Que, en caso de ser aceptada mi propuesta, me comprometo a iniciar la ejecución del contrato respectivo, cuando la entidad contratante imparta la orden de iniciación, y a terminarlo dentro de los plazos contractuales de acuerdo con lo establecido en los documentos de su objeto, la propuesta y el contrato, respectivamente.
5. Que conozco y acepto en un todo las leyes generales y especiales aplicables a este proceso de selección.
6. Que con la firma de la presente Carta manifiesto bajo la gravedad del juramento que no me encuentro incurso en ninguna de las causales de inhabilidad, incompatibilidad, conflicto de interés y demás prohibiciones consagradas en la Ley para celebrar el contrato.
7. Que leí cuidadosamente la invitación a cotizar, estudios previos, anexos, otros y elaboré mi propuesta ajustada a los mismos. Por tanto, conocí y tuve la oportunidad establecida para solicitar aclaraciones, formular objeciones, efectuar preguntas y obtener respuestas a mis inquietudes.
8. Que conozco y me acojo a las condiciones establecidas por la entidad contratante para el desarrollo de su objeto contractual.

9. Igualmente declaro bajo la gravedad de juramento, que toda la información aportada y contenida en mi propuesta publicada en la plataforma secop II, correspondiente a los documentos y formularios jurídicos, financieros, técnicos y económicos, son veraces y susceptible de comprobación.
10. Que con el presente documento autorizo expresamente a que se consulte y verifique toda la información que sea necesaria relacionada con el tratamiento de datos sensibles de conformidad con lo establecido en artículo 6 de la Ley 1581 de 2012.

RESUMEN DE LA PROPUESTA:

Nombre o Razón Social del Proponente: _____

Documento de identidad o NIT: _____

Representante Legal: _____

País de Origen del Proponente: _____

(En caso de presentarse la propuesta en consorcio o unión temporal se debe indicar el nombre y país de origen de cada uno de los integrantes).

VALIDEZ DE LA PROPUESTA:

Para todos los efectos, se entenderá que es por una vigencia igual a la de la garantía de seriedad de la propuesta. **(cuando aplique)**

PLAZO TOTAL PARA EJECUTAR EL CONTRATO: _____ **MESES**

Me permito informar que las comunicaciones relativas a esta la invitación a cotizar las recibiré en:

Dirección: _____

Ciudad: _____

Teléfono(s): _____ Teléfono Móvil: _____

Correo Electrónico: _____

Atentamente,

NOMBRE DE LA PERSONA AUTORIZADA PARA FIRMAR LA PROPUESTA

Firma: _____

Nombre: _____

C.C.: _____

(En caso de personas naturales esta carta debe estar firmada por el proponente; en caso de personas jurídicas, consorcios o uniones temporales deberá estar firmada por el representante debidamente facultado).

ANEXO NO. 2
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO APORTE PARAFISCALES

Bogotá (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
Ciudad y Fecha _____

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 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)

ANEXO 8
DOCUMENTO DE CONFORMACIÓN DE CONSORCIO O UNIÓN TEMPORAL

Por medio del presente escrito hacemos constar que hemos constituido (CONSORCIO o la UNIÓN TEMPORAL) para participar en la invitación a cotizar No. XXXXXXX, que tiene por objeto “_____”. según las condiciones técnicas descritas, y demás condiciones contenidas en la presente invitación a cotizar.

Integrantes de la Unión Temporal: XXXXXXXXXXXX

Representante Legal: XXXXXXXXXXXX

Aportes: Porcentaje (%) con el que participa cada integrante: XX% Y XX%

Duración: Por el tiempo del contrato y su liquidación

Compromiso: Al conformar la unión temporal para participar en la invitación a cotizar, sus integrantes se comprometen a:

1. Participar en la presentación conjunta de la propuesta, así como a suscribir el contrato.
2. Responder en forma solidaria e ilimitada por el cumplimiento total de la propuesta y de las obligaciones originadas en el contrato frente a la Subred Integrada de Servicios de Salud.
3. Responder ante las sanciones por incumplimiento de las obligaciones derivadas de la propuesta y del contrato de acuerdo con la participación en la ejecución de cada uno de los miembros de la Unión Temporal.
4. No revocar la unión temporal por el tiempo de duración el contrato y el de liquidación.
5. No ceder su participación en la unión temporal a otro integrante de la misma.
6. No ceder su participación en la unión temporal a terceros sin la autorización previa de las UPSS de la Subred Integrada de Servicios de Salud.
7. Duración mínima del contrato y cinco (5) años más.

ORGANIZACIÓN INTERNA DEL CONSORCIO O DE LA UNIÓN TEMPORAL: Para la organización de la Unión Temporal el Representante Legal tendrá las siguientes facultades:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.

Para constancia se firma a los XXX días del mes de XXXX de 202X.

FIRMAS:(de cada uno de los integrantes del consorcio o de la unión temporal)

	COMPOSICIÓN SOCIETARIA SARLAFT/PADM Y SICOF	CODIGO: AP-CT-F-71-01
		VERSION :1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTION DE LA CONTRATACIÓN	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 02/05/2022

COMPOSICIÓN SOCIETARIA

El suscrito(a) _____, quien actúa como (Representante Legal y/o Revisor Fiscal), Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía y/o Tarjeta Profesional No. _____, de la Empresa: _____; identificada con NIT _____, hace constar que de acuerdo con el libro oficial de conformación de la empresa, inscrito en el registro mercantil _____.

CERTIFICA QUE:

La composición societaria (1) de la Empresa es la siguiente:

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN (NIT/CC/CE)	NOMBRES COMPLETOS/ RAZÓN SOCIAL	PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN EN LA EMPRESA (si aplica)	TOTAL	OBSERVACIONES

Se expide a los ____ del mes de ____ del año ____.

Cordialmente,

(Representante Legal y/o Revisor Fiscal),

(1) Composición societaria: hace referencia al porcentaje de participación de los socios, fundadores, accionistas, miembros, etc. De acuerdo al tipo de empresa.

	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE-EMPRESA (CIRCULAR 009/2016-005-5/2022)		CÓDIGO: AP-GF-F-23-03
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA		VERSIÓN: 3
			PÁGINAS: 1 DE 3 FECHA: 15/06/2022

CIRCULARES: *009 DE 2016 *005-5 DE 2022: "POLÍTICA DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE". SE DEBE DILIGENCIAR EL FORMATO EN SU TOTALIDAD, LO QUE NO APLIQUE O NO CORRESPONDA AL TIPO DE EMPRESA SE DEBE COLOCAR N/A. NO DEBEN QUEDAR CASILLAS EN BLANCO. LEA DETENIDAMENTE EL FORMATO. DE IGUAL FORMA DEBE ALLEGAR LA TOTALIDAD DE LA DOCUMENTACION.

CIUDAD/ PAÍS Y FECHA DE DILIGENCIAMIENTO					
PERSONA JURÍDICA ☐		PERSONA NATURAL ☐		OTRA: ☐	CUAL: _____
1. CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN CON LA EMPRESA (MARCA CON X)					
ASEGURADOR ☐		PROVEEDOR ☐		CONTRATISTA ☐	PARTICULAR ☐
				OTRO ☐	CUAL: _____
2. DATOS DE LA PERSONA JURÍDICA					
RAZÓN SOCIAL		NIT			
REPRESENTANTE LEGAL:		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
				NOMBRES	
TIPO DE IDENTIFICACION		No IDENTIFICACIÓN:	LUGAR Y FECHA EXPEDICIÓN:(A/M/D)	FECHA NACIMIENTO:(A/M/D)	LUGAR NACIMIENTO: CIUDAD/DEPARTAMENTO
CEDULA DE CIUDADANÍA ☐					
CEDULA DE EXTRANJERÍA ☐					
PASAPORTE ☐					
DIRECCIÓN DOMICILIO PRINCIPAL		PAÍS/DEPARTAMENTO/CIUDAD		CORREO ELECTRÓNICO/ PAGINA INTERNET:	TELÉFONO/FAX/CELULAR
DIRECCIÓN SUCURSAL/AGENCIA		PAÍS/DEPARTAMENTO/CIUDAD		CORREO ELECTRÓNICO/ PAGINA INTERNET:	TELÉFONO/FAX/CELULAR
TIPO DE EMPRESA (ACTIVIDAD ECONÓMICA) SEÑALE CON UNA EQUIS (X)					
SERVICIOS DE SALUD ☐		SERVICIOS FINANCIEROS ☐		PUBLICA ☐	PRIVADA ☐
TRANSPORTES ☐		OTRA ☐		COMERCIAL ☐	INDUSTRIAL ☐
				CUAL: _____	
INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE SEÑALE CON UNA EQUIS (X)					
GRAN CONTRIBUYENTE ☐		RENTA ☐		IVA ☐	ICA ☐
AGENTE RETENEDOR ☐		AGENTE AUTORETENEDOR ☐		CÓDIGO CIU ACTIVIDAD ECONÓMICA:	PRINCIPAL _____
3. DECLARACIÓN PERSONA PÚBLICAMENTE EXPUESTA (PEPS)					
POR SU CARGO O ACTIVIDAD ADMINISTRA O TIENE A SU CARGO EL MANEJO DE RECURSOS PÚBLICOS			SI ☐	NO ☐	
POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGÚN GRADO O TIPO DE PODER PUBLICO			SI ☐	NO ☐	
POR SU ACTIVIDAD, OCUPACIÓN U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PUBLICO 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 MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APOORTE O PARTICIPACIÓN					
NOMBRE COMPLETO O RAZÓN SOCIAL (DE SER NECESARIO UTILICE ANEXO)		% PARTICIPACIÓN	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 ☐		
4. INFORMACIÓN FINANCIERA (ULTIMO PERIODO DECLARADO)					
INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES				ACTIVOS TOTALES	
INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES				PASIVOS TOTALES	
EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES				PATRIMONIO	
EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES					
CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES (describa):					
CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES (describa):					
5. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES					
REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA:		SI ☐		NO ☐	
REDESCUENTO ☐		EXPORTACIONES ☐		LEASING ☐	SERVICIOS ☐
PAGO DE SERVICIOS ☐		PRESTAMOS EN MONEDA EXTRANJERA ☐		OPERACIONES DE TRANSFERENCIAS ☐	IMPORTACIONES ☐
				INVERSIONES ☐	OTRA ☐
				cual: _____	
DESCRIBA LAS OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA					
TIPO PRODUCTO		No DEL PRODUCTO	MONTO OPERACIÓN	CIUDAD	PAÍS
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-Circular 005-5 de 2022, expedidas 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):					

	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE-EMPRESA (CIRCULAR 009/2016-005-5/2022)	CÓDIGO: AP-GF-F-23-03
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA	VERSIÓN: 3
		PÁGINAS: 3 DE 3 FECHA: 15/06/2022

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 la Empresa se obliga a actualizarla cuando así se requiera.

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

5. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE, que se deriven del desarrollo de este contrato NO se destinarán al lavado de activos, financiación del terrorismo, grupos o actividades terroristas, proliferación de armas de destrucción masiva, o acciones relacionadas con actos de corrupción, opacidad o fraude, se destinarán a actividades lícitas..

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, complemento o modifique)

7. No se admite que terceros entreguen recursos en mi nombre (rep Legal o el de la Empresa) provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemento o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.

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

9. 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.

10. 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 o contraparte, 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, Financiación del Terrorismo, Proliferación de armas de destrucción masiva, y al Sistema de Corrupción, Opacidad y fraude SICOF.

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 ,control del lavado de activos, financiación del terrorismo y proliferación de armas de destrucción masiva, 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. La liquidación y pago de cuentas. Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados.

d) El control y la prevención del riesgo.

e) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud.

f) 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.

g) Envío de información de Sujetos de tributación a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables.

h) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia.

i) Para la prevención y control de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo, proliferación de armas de destrucción masiva. Sistema SICOF.

	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE-EMPRESA (CIRCULAR 009/2016-005-5/2022)	CÓDIGO: AP-GF-F-23-03
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.	VERSIÓN: 3
	GESTIÓN FINANCIERA	PÁGINAS: 2 DE 3 FECHA: 15/06/2022
2. TRATAMIENTO:El tratamiento podrá ser realizado directamente por la Subred Norte ESE, 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 SUBRED NORTE 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/o servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelanten gestiones para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF y a cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos. 4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES: En el caso de que en determinadas situaciones sea 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 las circulares 009 de 2016 y 005-5 de 2022 de la Superintendencia Nacional de Salud. 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 mi. 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, 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 4431790, 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 el Control del Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo, Proliferación de armas de destrucción masiva, y al Sistema de Corrupción, Opacidad y fraude SICOF. 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 VERIDICA EN TODAS SUS PARTES Huella Índice Derecho		
10. VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN (USO EXCLUSIVO DE LA SUBRED NORTE ESE)		
1. Ciudad y fecha		
2. Nombre y Cargo de quien verifica:		
3. Lugar de la Verificación:		
4. Observaciones:		
5. Firma:		