 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	INVITACIÓN A COTIZAR		CÓDIGO : AP-CT-F-04-04
			VERSIÓN : 4
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		PÁGINA : 1 DE 2 FECHA : 12/06/2018

INVITACIÓN A COTIZAR No.

011-2019 S.NTE

OBJETO A CONTRATAR	SE REQUIERE CONTRATAR UNA(S) EMPRESA ESPECIALIZADA PARA EL SUMINISTRO E INSTALACIÓN CONTINUO DE VIDRIOS EN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E
--------------------	--

ESPECIFICACIONES DEL BIEN O SERVICIO

Item	Nombre / Descripción	Unidad de medida	Cantidad	Promedio consumo mensual	Especificación Técnica	Observaciones
1	VIDRIO CRUDO 4mm	METRO CUADRADO (M2)	1	A DEMANDA		VER ANEXO 7
2	VIDRIO CRUDO 5mm	METRO CUADRADO (M2)	1	A DEMANDA		VER ANEXO 7
3	VIDRIO CRUDO 6mm	METRO CUADRADO (M2)	1	A DEMANDA		VER ANEXO 7
4	VIDRIO CRUDO 8mm	METRO CUADRADO (M2)	1	A DEMANDA		VER ANEXO 7
5	VIDRIO TEMPLADO 5mm	METRO CUADRADO (M2)	1	A DEMANDA		VER ANEXO 7
6	VIDRIO TEMPLADO 6mm	METRO CUADRADO (M2)	1	A DEMANDA		VER ANEXO 7
7	VIDRIO TEMPLADO 8mm	METRO CUADRADO (M2)	1	A DEMANDA		VER ANEXO 7
8	VIDRIO TEMPLADO 8mm	METRO CUADRADO (M2)	1	A DEMANDA		VER ANEXO 7
9	VIDRIO TEMPLADO 10mm	METRO CUADRADO (M2)	1	A DEMANDA		VER ANEXO 7
10	PELICULA M2	METRO CUADRADO (M2)	1	A DEMANDA		VER ANEXO 7
11	VIDRIO TERMO-ACUSTICO	METRO CUADRADO (M2)	1	A DEMANDA		VER ANEXO 7
12	INSTALACIÓN VIDRIO M2	METRO CUADRADO (M2)	1	A DEMANDA		VER ANEXO 7

CRONOGRAMA DE LA INVITACIÓN

PUBLICACIÓN APERTURA PROCESO DE SELECCIÓN	6 DE FEBRERO DE 2019
CIERRE Y ENTREGA DE PROPUESTAS	12 DE FEBRERO DE 2019 HORA: 11:00A.M PLATAFORMA SECOP II
APERTURA DE PROPUESTAS PRESENTADAS Plataforma SECOP II	12 DE FEBRERO DE 2019 HORA: 11:10A.M PLATAFORMA SECOP II
EVALUACIÓN CRITERIOS JURIDICOS, TÉCNICOS Y ECONOMICOS	DESDE EL 13 DE FEBRERO DE 2019 A 14 DE FEBRERO DE 2019
PÚBLICACIÓN DE LAS EVALUACIONES	14 DE FEBRERO DE 2019
FECHA DE REMISIÓN COMUNICADO ACEPTACIÓN DE PROPUESTA	DENTRO DE LOS (3) TRES DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA PUBLICACIÓN DE LAS EVALUACIONES

*Nota: Todas las observaciones y/o aclaraciones por medio de mensaje Público en el proceso de la invitación en la plataforma SECOP II.

JURÍDICOS:

1. CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA OFERTA (MODELO ANEXO No. 1 ENTREGADO POR LA SUBRED NORTE E.S.E.).
2. COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN (MODELO ANEXO No. 2 ENTREGADO POR LA SUBRED NORTE E.S.E.).
3. CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL / MATRÍCULA MERCANTIL (EXPEDICIÓN NO MAYOR A NOVENTA (30) DÍAS).
4. FOTOCOPIA DEL REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT -
5. FOTOCOPIA DEL REGISTRO DE IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA - RIT -

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	INVITACIÓN A COTIZAR	CÓDIGO : AP-CT-F-04-04
		VERSIÓN : 4
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 2 FECHA : 12/06/2018

INVITACIÓN A COTIZAR No.

011-2019 S.NTE

OBJETO A CONTRATAR	SE REQUIERE CONTRATAR UNA(S) EMPRESA ESPECIALIZADA PARA EL SUMINISTRO E INSTALACIÓN CONTINUO DE VIDRIOS EN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E
Documentos soportes que debe anexar el proponente	6. FOTOCOPIA DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL REPRESENTANTE LEGAL.
	7. CERTIFICADO ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL. EXPEDICIÓN NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS.
	8. CERTIFICADO ANTECEDENTES - CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL. EXPEDICIÓN NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS.
	9. CERTIFICADO ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA NACIONAL DEL REPRESENTANTE LEGAL. EXPEDICIÓN NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS.
	10. CERTIFICADO ANTECEDENTES - PERSONERÍA DE BOGOTÁ D.C. DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL. EXPEDICIÓN NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS.
	11. CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL PAGO DE APORTES A LA SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES (MODELO ANEXO No.3 ENTREGADO POR LA SUBRED NORTE E.S.E.).
	12. COPIA DE LA LIBRETA MILITAR.
	13. CERTIFICACIÓN BANCARIA.
	14. FORMATO ET-CA-FT-022 FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA JURÍDICA SARLAFT 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 NORTE E.S.E)
	15. FORMATO ET-CA-FT-011 FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL SARLAFT (REPRESENTANTE LEGAL) EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN LA CIRCULAR EXTERNA No. 009-2016 DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD (ANEXO No. 5 ENTREGADO POR LA SUBRED NORTE E.S.E)
	TÉCNICOS:
	1. EL OFERENTE DEBERÁ ANEXAR DOS (2) CERTIFICACIONES DE CONTRATOS CON IGUAL AL OBJETO A CONTRATAR
	2. EL OFERENTE DEBERÁ ANEXAR DOS (2) CERTIFICADOS DE DOS (2) AÑOS DE LA EMPRESA CON DICHO OBJETO SOCIAL.
	3. EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR CARTA FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL DONDE SE COMPROMETA A SUMINISTRAR EL TRANSPORTE.
	4. EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR UNA CARTA EN DONDE ESPECIFIQUE QUE EL TIEMPO DE RESPUESTA ANTE SOLICITUDES DE LA SUBRED NORTE SERÁ EN DETERMINADO TIEMPO.
	5. EL OFERENTE DEBERÁ ANEXAR CERTIFICADO DONDE NOS GARANTICE QUE EL PERSONAL ESTÁ CAPACITADO Y/O CON CURSO VIGENTE EN ALTURAS.
	FINANCIERO:
	1. ESTADOS FINANCIEROS DE (2017) , EXPEDIDOS DE CONFORMIDAD CON LAS NORMAS VIGENTES, CERTIFICADOS Y/O DICTAMINADOS SEGÚN SEA EL CASO.
	ECONÓMICOS:
	1. PRESENTAR PROPUESTA ECONÓMICA EN DONDE SE ESPECIFIQUE EL VALOR UNITARIO, IVA Y VALOR TOTAL DE LOS ÍTEMS A CONTRATAR. LA ADJUDICACIÓN SERÁ TOTAL. (ANEXO No. 6 ENTREGADO POR LA SUBRED NORTE E.S.E)
	2. LA PROPUESTA DEBERÁ CONTENER LA FORMA DE PAGO A 90 DÍAS.
	3. LA PROPUESTA NO PODRÁ SUPERAR EL VALOR DEL PRESUPUESTO ASIGNADO PARA EL PRESENTE PROCESO.
	4. LA PROPUESTA DEBE SER 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. VERIFICACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN APORTADA QUE PERMITA ESTABLECER SI EL PRODUCTO OFERTADO CUMPLE CON LO SOLICITADO.
Económicos	1. SE TENDRÁ EN CUENTA LA MEJOR PROPUESTA ECONÓMICA CON RESPECTO AL PRECIO Y QUE SE ENCUENTRE HABILITADA DENTRO DE LOS FACTORES JURÍDICOS Y TÉCNICOS. 2. SE ACEPTARÁ LA PROPUESTA MÁS FAVORABLE PARA LA INSTITUCIÓN Y QUE CUMPLA CON TODOS LOS CRITERIOS DE EVALUACIÓN.
Criterios de Desempate	EN CASO DE PRESENTARSE EMPATE COMO RESULTADO DE LAS EVALUACIONES DESARROLLADAS A LAS PROPUESTAS PARTICIPANTES, ÉSTE SE RESOLVERÁ TENIENDO EN CUENTA LOS SIGUIENTES CRITERIOS Y ORDEN: 1. SE TENDRÁ EN CUENTA EL OFERENTE QUE SOPORTE EL CUMPLIMIENTO A LA CIRCULAR 22-2018 EMITIDA POR LA ALCALDÍA DE BOGOTÁ. 2. LA PROPUESTA RADICADA EN PRIMER LUGAR Y QUE SE ENCUENTRE HABILITADA.

	INVITACIÓN A COTIZAR	CÓDIGO : AP-CT-F-04-04
		VERSIÓN : 4
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 2 FECHA : 12/06/2018

INVITACIÓN A COTIZAR No.

011-2019 S.NTE

OBJETO A CONTRATAR	SE REQUIERE CONTRATAR UNA(S) EMPRESA ESPECIALIZADA PARA EL SUMINISTRO E INSTALACIÓN CONTINUO DE VIDRIOS EN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E
--------------------	--

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL QUE RESPALDA LA CONTRATACIÓN

Valor	DOCE MILLONES DE PESOS M/CTE (\$12.000.000)	No.	169
Rubro Presupuestal	MANTENIMIENTO ESE	Fecha del CDP	ENERO 24 DE 2019

CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO

Forma de pago	NOVENTA (90) DÍAS CONTADOS DESPUÉS DE RADICADA LA FACTURA EN EL ÁREA DE CUENTAS POR PAGAR PREVIA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO EMITIDA POR EL SUPERVISOR DE CONTRATO.	Plazo de ejecución	60 DÍAS
---------------	---	--------------------	---------

FORMA DE ENTREGA DE LOS BIENES O SERVICIOS

Sitio de entrega	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
------------------	---

Garantías de exigibilidad	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.
	DEL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO: EN LOS CONTRATOS CUYA CUANTÍA NATURALEZA O COMPLEJIDAD ASÍ LO EXIJA, EL CONTRATISTA DEBERÁ CONSTITUIR ESTA GARANTÍA, 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 CUATRO (4) MESES MÁS.
	LAS PRÓRROGAS, ADICIONES O MODIFICACIONES QUE SE SURTAN EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, DEBERÁN AMPLIAR LAS COBERTURAS EN TIEMPO Y EN VALOR DE LA PÓLIZA CORRESPONDIENTE DENTRO DEL TÉRMINO ESTABLECIDO.

	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 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 5 PROTOCOLOS, PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES, SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD INSTITUCIONAL DURANTE EL DESARROLLO DE LAS RESPONSABILIDADES ASIGNADAS, EN EL MARCO DE OPERACIÓN DE LOS COMPONENTES DEL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN, AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD, SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN Y SISTEMA DE INFORMACIÓN.

	INVITACIÓN A COTIZAR		CÓDIGO : AP-CT-F-04-04
			VERSIÓN : 4
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		PÁGINA : 1 DE 2
			FECHA : 12/06/2018

INVITACIÓN A COTIZAR No.

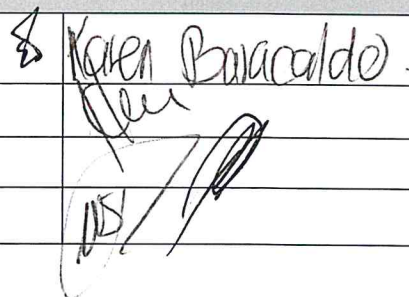
011-2019 S.NTE

OBJETO A CONTRATAR	SE REQUIERE CONTRATAR UNA(S) EMPRESA ESPECIALIZADA PARA EL SUMINISTRO E INSTALACIÓN CONTINUO DE VIDRIOS EN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E
Obligaciones del Contratista	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. GARANTIZAR UN STOCK PARA LA ENTREGA DE LOS MATERIALES DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, CON LA DISPONIBILIDAD DE PRESTAR LOS SERVICIOS DE LAS VECES QUE SE REQUIERA, HASTA LA VIGENCIA DEL CONTRATO, SIN GENERAR COSTO ADICIONAL PARA LA SUBRED NORTE. 2. PEDIDOS DE URGENCIA: EN CASO QUE LA SUBRED NORTE REQUIERE UN VIDRIO, CON CARÁCTER PRIORITARIO O POR EMERGENCIA, EL ÚNICO AUTORIZADO PARA LA REALIZAR DICHA SOLICITUD ES EL SUPERVISOR DEL CONTRATO, CON UN TIEMPO DE REPUESTO MÁXIMO DE TRES (3) HORAS. 3. EL CONTRATISTA Y/O PROVEEDOR NO PODRÁ ENTREGAR NINGÚN MATERIAL O ELEMENTO SIN PREVIA AUTORIZACIÓN POR PARTE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO. 4. LOS MATERIALES, ELEMENTOS Y/O INSUMOS DE LA INSTALACIÓN DE VIDRIOS, ENTREGADOS POR EL PROVEEDOR Y/O CONTRATISTA DEBER SER NUEVOS Y ORIGINALES. NO SE ACEPTAN DE SEGUNDA O RE-MANUFACTURADOS. 5. CUANDO SEA REQUERIDO Y SEGÚN SEA EL CASO EL PROVEEDOR Y/O CONTRATISTA DEBE BRINDAR SOPORTE TÉCNICO A FIN CAPACITAR, INSTRUIR Y/O RECOMENDAR A LA ENTIDAD EN LOS TEMAS REFERENTES AL USO, MANTENIMIENTO, CUIDADO, ALMACENAMIENTO, DISPOSICIÓN, ENTRE OTROS FACTORES DE LOS ELEMENTOS Y/O INSUMOS OBJETO DEL CONTRATO. 6. REALIZAR VISITA PREVIA AL SITIO DONDE SE REQUIERA EL CAMBIO O ARREGLO DEL VIDRIO DENTRO DE LAS 8 HORAS A EFECTO DE CORROBORAR LA NECESIDAD Y MEDIDAS O BIEN PROVEER.

ACLARACIONES

En caso de aclaraciones	El oferente podrá remitir todas las observaciones y/o aclaraciones por medio de mensaje Público en el proceso de la invitación en la plataforma SECOP II
ANEXOS	Favor diligenciar los anexos correspondientes ANEXO 1 CARTA DE PRESENTACION DE LA PROPUESTA ANEXO 2 COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN ANEXO 3 CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO APOORTE PARAFISCALES ANEXO 4 FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA JURÍDICA ANEXO 5 FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL ANEXO 6 ANEXO ECONÓMICO

APROBACIÓN

Firmas	Nombre y Firma Responsable Proceso de Compras:	KAREN BARACALDO VARGAS	
	Nombre y Firma Dirección de Contratación:	LIDIA HEMILET CALA CELIS	
	Nombre y Firma Vo. Bo. Subgerente Corporativo:	ALVARO DE JESÚS GALVIS	
	Nombre y Firma Gerente:	YIDNEY ISABEL GARCIA RODRIGUEZ	

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICIÓN: Enero 24 De 2019

CDP. No.

169

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.....: 231020108010000000001

CODIGO PRESUPUESTAL.....: 23102010801

NOMBRE RUBRO.....: MANTENIMIENTO ESE

SALDO DE DISPONIBILIDADES : 3,057,663,000.00

PRESUPUESTO DISPONIBLE : 9,979,308,878.00

SALDO DE APROPIACION : 13,036,971,878.00

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:

SUMINISTRO E INSTALACION CONTINUO DE VIDRIOS EN LA
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE

POR UN VALOR INICIAL DE : 12,000,000.00

CON UN VALOR REINTEGRADO DE : .00

PARA UN VALOR ACTUAL DE : 12,000,000.00

DOCE MILLONES DE PESOS CON 00/100 M/CTE

SOBRE ESTA MISMA APROPIACION SE HAN EXPEDIDO A LA FECHA CERTIFICADOS DE
DISPONIBILIDAD PARA COMPROMISOS POR VALOR DE: 3,057,663,000.00
LOS CUALES NO HAN SIDO RESERVADOS NI ANULADOS.
DISPONIBILIDAD NETA : 9,967,308,878.00

ESTA DISPONIBILIDAD TIENE UNA VIGENCIA DE (340) DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE SU EXPEDICIÓN.

NESTOR JAVIER RODRIGUEZ MENDEZ
RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO

ORIGINAL Fec-Imp: 2019/01/30 Hor-Imp: 12:20:10 Usu-Imp: lplatas Ter: AAAA/MM: 2019-01 Dep: T01 cppedi 7.1.3

ANEXO No. 1
CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Bogotá (fecha)

SEÑORES

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

DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN - COMPRAS

compras@subrednorte.gov.co

comprasrednorte7@gmail.com

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

REFERENCIA: Propuesta para la “La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E, correspondiente a **INVITACIÓN A COTIZAR 011-2019 S.NTE** CUYO OBJETO ES: **“SE REQUIERE CONTRATAR UNA(S) EMPRESA ESPECIALIZADA PARA EL SUMINISTRO E INSTALACIÓN CONTINUO DE VIDRIOS EN 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 corresponden 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.
- ✓ Que me comprometo a suscribir el presente contrato dentro del término establecido.

Nombre del Proponente:

Representante Legal:

Dirección:

Teléfono:

Fax:

Correo electrónico:

Valor de la Oferta (letras y Números):

ANEXO N.2
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 NO. 3
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO APOORTE 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

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.

		FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA JURÍDICA (CIRCULAR 009/2016)				CÓDIGO: AP-GF-F-23-01	
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA				VERSIÓN: 1	
						PÁGINA: 1 DE 3 FECHA: 24/10/2018	
FECHA:		CIUDAD:		DEPARTAMENTO:			
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	
CEDULA DE CIUDADANÍA ☐		NUMERO:		LUGAR DE EXPEDICIÓN:		FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)	
CEDULA DE EXTRANJERÍA ☐		NUMERO:		LUGAR DE EXPEDICIÓN:		FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)	
FECHA NACIMIENTO: AAAA/MM/DD		LUGAR NACIMIENTO		DEPARTAMENTO		NACIONALIDAD (1)	
						NACIONALIDAD (2)	
DIRECCIÓN DOMICILIO PRINCIPAL		CIUDAD		DEPARTAMENTO		PAÍS	
						TELÉFONO/FAX	
CORREO ELECTRÓNICO:				PORTAL/PAGINA INTERNET:			
DIRECCIÓN SUCURSAL/AGENCIA		CIUDAD		DEPARTAMENTO		PAÍS	
						TELÉFONO/FAX	
TIPO DE EMPRESA		ACTIVIDAD ECONÓMICA					
☐ PUBLICA ☐ MIXTA ☐ PRIVADA ☐ EXTRANJERA		☐ INDUSTRIAL ☐ COMERCIAL ☐ ASEGURADOR ☐ SERVICIOS		☐ AGRÍCOLA ☐ FARMACÉUTICA ☐ TRANSPORTES		☐ SERVICIOS DE SALUD ☐ SERVICIOS FINANCIEROS ☐ OTRA,	
		CUAL: 					
INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE		(SI) ☐ RENTA/CREE (NO) ☐		(SI) ☐ IVA (NO) ☐		(SI) ☐ ICA (NO) ☐	
						CÓDIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONÓMICA	
						PRINCIPAL: ☐ SECUNDARIA: ☐	
GRAN CONTRIBUYENTE		SI ☐ NO ☐		AGENTE RETENEDOR SI ☐ NO ☐		AGENTE AUTORETENEDOR SI ☐ NO ☐	
3. DECLARACIÓN PERSONA PÚBLICAMENTE EXPUESTA (PEPS)							
POR SU CARGO O ACTIVIDAD ADMINISTRA O TIENE A SU CARGO EL MANEJO DE RECURSOS PÚBLICOS						SI ☐ NO ☐	
POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGÚN GRADO O TIPO DE PODER PÚBLICO						SI ☐ NO ☐	
POR SU ACTIVIDAD, OCUPACIÓN U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL						SI ☐ NO ☐	
ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS DIFERENTE A COLOMBIA						SI ☐ NO ☐	
Si contestó afirmativamente alguna de las anteriores preguntas, por favor, especifique:							
III. IDENTIFICACIÓN DE ACCIONISTAS, SOCIOS, ASOCIADOS QUE SEAN TITULARES DE MÁS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APOORTE O PARTICIPACIÓN							
NOMBRE COMPLETO O RAZÓN SOCIAL (DE REQUERIR UTILICE ANEXO)		% PARTICIPACIÓN		TIPO DE IDENTIFICACIÓN		NUMERO IDENTIFICACIÓN	
				C.C. ☐ C.E. ☐ I. ☐ NIT ☐			
				C.C. ☐ C.E. ☐ I. ☐ NIT ☐			
				C.C. ☐ C.E. ☐ I. ☐ NIT ☐			
				C.C. ☐ C.E. ☐ 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:							

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA JURÍDICA (CIRCULAR 009/2016)					CÓDIGO:AP-GF-F-23-01
						VERSIÓN: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA					PÁGINA:2 DE 3 FECHA:24/10/2018

5. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA:

SI☐NO☐

IMPORTACIONES☐EXPORTACIONES☐VERSIONES☐REDESCUENTO☐
OPERACIONES DE TRANSFERENCIAS☐LEASING☐SERVICIOS☐
PAGO DE SERVICIOS☐PRESTAMOS EN MONEDA EXTRANJERA☐OTRA☐

Especifique cual:

TIPO PRODUCTO	No DEL PRODUCTO	ENTIDAD	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":

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

9. 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:

9.1.

AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE, identificada con Nit 900.971.006-4, ubicada en la Calle 66 No15-41 (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 Entidad 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 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, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, y a cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.

	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA JURÍDICA (CIRCULAR 009/2016)		CÓDIGO:AP-GF-F-23-01
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN FINANCIERA		VERSIÓN: 1
			PÁGINA: 3 DE 3
			FECHA:24/10/2018
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.			
10. 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 VERÍDICA EN TODAS SUS PARTES			
		Huella Índice Derecho	
Firma Cliente / Representante Legal			
11. INFORMACIÓN DE ENTREVISTA		12. INFORMACIÓN DE VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN	
1. Ciudad y fecha		1. Ciudad y fecha	
2.Nombre del funcionario o Asesor:		2. Nombre y Cargo de quien verifica:	
3. Lugar de la Entrevista:		3. Lugar de la verificación:	
4. Observaciones:		4. Observaciones:	
5. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐ RECHAZADO ☐		
6. Firma y Cédula		5. Firma y cédula:	

	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL (CIRCULAR 009/2016)				CÓDIGO: AP-GF-F-24-02 VERSIÓN: 2	
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA				PÁGINA: 1 DE 4 FECHA: 03/12/2018	
	FECHA:		CIUDAD:		DEPARTAMENTO:	

1. CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN (MARCA CON X)											
PROVEEDOR	☐	PARTICULAR	☐	CONTRATISTA OPS	☐	SERVIDOR PUBLICO	☐	OTRO	☐	CUAL:	

2. DATOS DE LA PERSONA NATURAL												
PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE			PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO:			
TIPO DE IDENTIFICACIÓN				No IDENTIFICACIÓN		LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio)				FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)		
C.C.	☐	C.E.	☐	R.C.	☐	NUIP	☐					
PASAPORTE		☐	OTRO		☐	CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA?		SI ☐	NO ☐
FECHA NACIMIENTO:			LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)			PAÍS NACIMIENTO			NACIONALIDAD:			
ESTADO CIVIL						PERSONAS A CARGO		NUMERO DE HIJOS		TELÉFONO CELULAR		
SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ EN LIBRE ☐ VIUDO(A) ☐												
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA											PROFESIÓN/ OFICIO	
MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐ SECUNDARIA ☐ TÉCNICO ☐ TECNÓLOGO ☐ OTRO ☐ CUAL:												
DIRECCIÓN RESIDENCIA:			CIUDAD RESIDENCIA			DEPARTAMENTO:			PAÍS RESIDENCIA:		TELÉFONO RESIDENCIA	
CORREO ELECTRÓNICO:			PORTAL O PAGINA INTERNET						TIPO DE VIVIENDA			
									PROPIA ☐ FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☐			
DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)			CIUDAD:			DEPARTAMENTO:			PAÍS:		TELÉFONO/FAX	

3. DATOS DEL CÓNYUGE/ COMPAÑERO PERMANENTE												
PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO:			PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE			
TIPO DE IDENTIFICACIÓN				NUMERO IDENTIFICACIÓN		LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio)				FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)		
C.C.	☐	C.E.	☐	R.C.	☐	NUIP	☐					
PASAPORTE		☐	OTRO		☐	CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA:		SI ☐ NO ☐	NACIONALIDAD:

4. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA:(ULTIMO PERIODO DECLARADO)											
ASALARIADO ☐		ESTUDIANTE ☐		HOGAR ☐		PENSIONADO ☐		CUAL:			
SOCIO ☐		CONTRATISTA ☐		COMERCIANTE ☐		EMPLEADO PUBLICO ☐					
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐		EMPLEADO SOCIO ☐				OTRA ☐					
INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE:		DECLARA RENTA		SI ☐	IVA	SI ☐	NO ☐	CÓDIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONÓMICA			
				NO ☐	ICA	SI ☐	NO ☐				
						SI ☐	NO ☐	PRINCIPAL:		SECUNDARIA:	
						SI ☐	NO ☐				
GRAN CONTRIBUYENTE		SI ☐	NO ☐	AGENTE RETENEDOR				SI ☐	AGENTE AUTORETENEDOR		SI ☐
								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						GOBIERNO ☐ COMERCIAL ☐ SERVICIOS ☐ SALUD ☐			NUMERO DE NIT		
EXPORTACIONES ☐ AGRÍCOLA ☐ ENERGÉTICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGÍA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS											
OTRA ☐ CUAL:											
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA		TELÉFONO		CIUDAD/MUNICIPIO		DEPARTAMENTO		PAÍS			
CARGO ACTUAL								FECHA VINCULACIÓN			

	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL (CIRCULAR 009/2016)				CÓDIGO: AP-GF-F-24-02 VERSIÓN: 2	
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN FINANCIERA				PÁGINA: 2 DE 4	
					FECHA: 03/12/2018	

5. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO							
NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD			FECHA CONSTITUCIÓN	TIPO SOCIEDAD

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	

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	TELÉFONO

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☐					
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAÍS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO
DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS:				CUAL:	
IMPORTACIÓN ☐ EXPORTACIÓN ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐					

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 5.2.2.2.2.1, 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, complemente 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, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas. 4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD 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.

	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE	CÓDIGO: AP-GF-F-24-02
	PERSONA NATURAL (CIRCULAR 009/2016)	VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN FINANCIERA	PÁGINA: 3 DE 4 FECHA: 03/12/2018

10. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones y declaración de renta si es declarante.

Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses y declaración de Renta si es declarante.

Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados **financieros certificados y declaración de renta si es declarante** **Nota:** Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.

Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio y extractos bancarios de los últimos tres meses y declaración de renta si es declarante

- Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes)
- Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
- Fotocopia Inscripción en el RIT Distrital.
- Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
- Fotocopia Declaración de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
- Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)

APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.

NOTA: Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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.

12. CONSIDERACIONES

- 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.
- 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.
- Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratan observando las disposiciones legales vigentes.
- 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 Publico, 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 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.

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.

	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE	CÓDIGO: AP-GF-F-24-02
	PERSONA NATURAL (CIRCULAR 009/2016)	VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E	PÁGINA: 4 DE 4
	GESTIÓN FINANCIERA	FECHA: 03/12/2018

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 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 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 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

14. INFORMACIÓN DE ENTREVISTA	
1. Ciudad y fecha	
2. Nombre del funcionario o Asesor:	
3. Lugar de la Entrevista:	
4. Observaciones:	
5. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐ RECHAZADO ☐
6. Firma y Cédula	

15. INFORMACIÓN DE VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN	
1. Ciudad y fecha	
2. Nombre y Cargo de quien verifica:	
3. Lugar de la verificación:	
4. Observaciones:	
5. Firma y cédula:	

ANEXO 6 . ANEXO ECONÓMICO

No	INSUMO	ESPECIFICACIÓN TÉCNICA	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	IVA	VALOR TOTAL
1	VIDRIO CRUDO 4mm		1			
2	VIDRIO CRUDO 5mm		1			
3	VIDRIO CRUDO 6mm		1			
4	VIDRIO CRUDO 8mm		1			
5	VIDRIO TEMPLADO 5mm		1			
6	VIDRIO TEMPLADO 6mm		1			
7	VIDRIO TEMPLADO 8mm		1			
8	VIDRIO TEMPLADO 8mm		1			
9	VIDRIO TEMPLADO 10mm		1			
10	PELICULA M2		1			
11	VIDRIO TERMO-ACUSTICO		1			
12	INSTALACIÓN VIDRIO M2		1			

ANEXO I

VIDRIO CRUDO

ESPESOR	\$ M2
4mm.....	\$
5mm.....	\$
6mm.....	\$
8mm.....	\$

VIDRIO TEMPLADO

5mm.....	\$
6mm.....	\$
8mm.....	\$
10mm.....	\$

PELICULA M2.....\$

VIDRIO TERMO-ACUSTICO.....\$

INSTALACIÓN VIDRIO M2

Los ítem, medidas y cantidades pueden variar por necesidades del servicio y serán solicitadas por el supervisor del contrato.

INSTALACIÓN CON ANDAMIOS O COLGADOS TIENE UN \$ ADICIONAL? TENER EN CUENTA EL RIESGO MANTENIMIENTOS DE ACUERDO A LA ALTURA Y EL MATERIAL

COTIZAR:

LA VISITA NO TENDRÁ NINGÚN COSTO PARA PROCEDER A CADA SERVICIO REQUERIDO.

COTIZAR:

TÉCNICOS:

1. Anexar 2 certificaciones de contratos con igual al objeto.
2. Certificado de 2 años de la empresa con dicho objeto social.
3. Propuesta relacionada con A. tiempo de respuesta. B. Transporte. C. Personal con curso vigente de alturas.

	INSTRUCTIVO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL Y JURÍDICA	CÓDIGO: AP-GF-I-08-01
		VERSIÓN :1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN FINANCIERA	PÁGINA : 1 DE 19
		FECHA :24/10/2018

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-08-01
		VERSIÓN :1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN FINANCIERA	PÁGINA : 2 DE 19
		FECHA :24/10/2018

CONTENIDO

1. OBJETIVO GENERAL	3
2. ALCANCE Y CAMPO DE APLICACIÓN	3
3. DESARROLLO	3
3.1. Definiciones relacionadas.....	3
3.2. Seguimiento.	18
4. BIBLIOGRAFÍA.....	19

	INSTRUCTIVO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL Y JURÍDICA	CÓDIGO: AP-GF-I-08-01
		VERSIÓN :1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN FINANCIERA	PÁGINA : 3 DE 19
		FECHA :24/10/2018

1. OBJETIVO GENERAL

El presente instructivo presenta 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.

El presente Formulario es de obligatorio cumplimiento para los colaboradores quienes tienen relación directa con los clientes, inherentes en sus actividades.

3. DESARROLLO

3.1. Definiciones relacionadas

3.1.1. Formulario 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.

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.

	INSTRUCTIVO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL Y JURÍDICA	CÓDIGO: AP-GF-I-08-01
		VERSIÓN :1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN FINANCIERA	PÁGINA : 4 DE 19
		FECHA :24/10/2018

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
 País Residencia
 Teléfono Residencia
 Correo electrónico
 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, consecuente con la información registrada en el numeral 9, del presente formulario.

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

	INSTRUCTIVO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL Y JURÍDICA	CÓDIGO: AP-GF-I-08-01
		VERSIÓN :1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN FINANCIERA	PÁGINA : 5 DE 19
		FECHA :24/10/2018

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, Los soportes del formulario del cliente se toma como base en la información reportada.

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:

- El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Público, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios.
- 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.
- La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre.
- El control y la prevención del riesgo.
- La liquidación y pago de cuentas.
- Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados.
- Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud.
- 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.
- Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud.
- 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.
- Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia.
- 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.

	INSTRUCTIVO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL Y JURÍDICA	CÓDIGO: AP-GF-I-08-01
		VERSIÓN :1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN FINANCIERA	PÁGINA : 6 DE 19
		FECHA :24/10/2018

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

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

	INSTRUCTIVO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL Y JURÍDICA	CÓDIGO: AP-GF-I-08-01
		VERSIÓN :1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN FINANCIERA	PÁGINA : 7 DE 19
		FECHA :24/10/2018

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. Información Entrevista:

- 1. Ciudad y fecha:** en esta casilla se plasma lo solicitado, en la fecha en que se está efectuando el proceso de entrevista.
- 2. Nombre del funcionario o asesor:** Es la persona que lleva a cabo dicha actividad
- 3. Lugar de entrevista:** Donde se efectúa el proceso
- 4. Observaciones:** análisis de la información registrada en el formulario

15. 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-08-01
			VERSIÓN :1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN FINANCIERA		PÁGINA : 8 DE 19
			FECHA :24/10/2018

Formulario Persona Natural

Para el proceso de Conocimiento del cliente, se definió el formato que se presenta a continuación, el cual se debe diligenciar de carácter obligatorio de acuerdo a lo establecido en la circular 009 de 2016.

FECHA:		CIUDAD:		DEPARTAMENTO:	
1. CLASE O TIPO DE VINCULACION (MARCA CON X)					
PROVEEDOR ☐	☐ 3975000	CONTRATISTA OPS ☐	SERVIDOR PUBLICO ☐	OTRO ☐	CUAL:
2. DATOS DE LA PERSONA NATURAL					
PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:
TIPO DE IDENTIFICACION		No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)		FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☐	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐		
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ NO ☐	
FECHA NACIMIENTO:		LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)		PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
ESTADO CIVIL		PERSONAS A CARGO		NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ VIUDO(A) ☐					
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA					PROFESION/ ORCIO
MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☐ TECNOLOGO ☐ OTRO ☐ CUAL:					
DIRECCION RESIDENCIA:		CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CORREO ELECTRONICO:		PORTAL O PAGINA INTERNET		TIPO DE VIVIENDA	
				PROPIA ☐ FAMILIAR ☐	ARRENDADA ☐
DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)		CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX
3. DATOS DEL CONYUGE/ COMPAÑERO PERMANENTE					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
TIPO DE IDENTIFICACION		NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)		FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☐	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐		
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐ NACIONALIDAD:	
4. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:(ULTIMO PERIODO DECLARADO)					
ASALARIADO ☐	ESTUDIANTE ☐	HOGAR ☐	PENSIONADO ☐	CUAL:	
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☐	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐		
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐		OTRA ☐		
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:		DECLARA RENTA	IVA	CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
		SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	PRINCIPAL: ☐ SECUNDARIA: ☐	
GRAN CONTRIBUYENTE		SI ☐ NO ☐	AGENTE RETENEDOR	SI ☐ NO ☐	AGENTE AUTORETENEDOR
FUNCIONARIO PUBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA	
SI ☐ NO ☐		SI ☐ NO ☐			
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO ☐ COMERCIAL ☐ SERVICIOS ☐ SALUD ☐		NUMERO DE NIT	
EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS					
OTRA ☐ CUAL:					
DIRECCION DE LA EMPRESA		TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
CARGO ACTUAL				FECHA VINCULACION	

	INSTRUCTIVO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL Y JURÍDICA		CÓDIGO: AP-GF-I-08-01
			VERSIÓN :1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN FINANCIERA		PÁGINA : 9 DE 19
			FECHA :24/10/2018

5. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO							
NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD		FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD	
6. INFORMACIÓN FINANCIERA							
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES		AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	\$ 0	TOTAL EGRESOS	\$ 0	TOTAL ACTIVOS	\$ 0	TOTAL PASIVOS	\$ 0
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	
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	
DIRECCION		CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS		TIPO RELACION		TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR	
8. REFERENCIA FINANCIERA							
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO	
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☐							
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NUMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO
DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS:						CUAL:	
IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐							
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 realizacion de este proceso es de caracter obligatorio y forma parte de las Politicas, enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion 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. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS							
Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD 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, complemente 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, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.							
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD 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 mi 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.							

	INSTRUCTIVO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL Y JURÍDICA	CÓDIGO: AP-GF-I-08-01
		VERSIÓN :1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN FINANCIERA	PÁGINA : 10 DE 19
		FECHA :24/10/2018

10. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones y declaración de renta si es declarante.

Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses y declaración de Renta si es declarante.

Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados financieros certificados y declaración de renta si es declarante. **Nota:** Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.

Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio y extractos bancarios de los últimos tres meses y declaración de renta si es declarante

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

2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.

3. Fotocopia Inscripción en el RIT Distrital.

4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.

5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)

6. 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)

APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.

NOTA: Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

11. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO:- AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR,CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES.

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 lo 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:

12.1. AUTORIZACION

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 INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud 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 INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.

5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.

6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

	INSTRUCTIVO	CÓDIGO: AP-GF-I-08-01
	DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL Y JURÍDICA	VERSIÓN :1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN FINANCIERA	PÁGINA : 11 DE 19
		FECHA :24/10/2018

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACION: 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, telefono 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: 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 terminos 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 INFORMACION SUMINISTRADA ES EXACTA Y VERIDICA EN TODAS SUS PARTES.

Firma Cliente / Representante Legal

Huella Índice Derecho

14. INFORMACION DE ENTREVISTA

1. Ciudad y fecha		
2.Nombre del funcionario o Asesor:		
3. Lugar de la Entrevista:		
4. Observaciones:		
5. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐
6. Firma y Cédula		

15. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

1. Ciudad y fecha	
2. Nombre y Cargo de quien verifica:	
3. Lugar de la verificación:	
4. Observaciones:	
5. Firma y cédula:	

3.1.2. Formulario 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.

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 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.

	INSTRUCTIVO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL Y JURÍDICA	CÓDIGO: AP-GF-I-08-01
		VERSIÓN :1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN FINANCIERA	PÁGINA : 12 DE 19
		FECHA :24/10/2018

-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: 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
 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

	INSTRUCTIVO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL Y JURÍDICA	CÓDIGO: AP-GF-I-08-01
		VERSIÓN :1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN FINANCIERA	PÁGINA : 13 DE 19
		FECHA :24/10/2018

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: 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, Los soportes del formulario del cliente se toma como base en la información reportada.

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)

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

9.1 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:

- El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual y/o proveedor de bienes y servicios.
- 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.
- La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre.
- El control y la prevención del riesgo.
- La liquidación y pago de cuentas.
- Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados.
- Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud.
- 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.
- Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud.
- 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

	INSTRUCTIVO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL Y JURÍDICA	CÓDIGO: AP-GF-I-08-01
		VERSIÓN :1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN FINANCIERA	PÁGINA : 14 DE 19
		FECHA :24/10/2018

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 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.

	INSTRUCTIVO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL Y JURÍDICA	CÓDIGO: AP-GF-I-08-01
		VERSIÓN :1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN FINANCIERA	PÁGINA : 15 DE 19
		FECHA :24/10/2018

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.

11. Información Entrevista:

1. Ciudad y fecha: en esta casilla se plasma lo solicitado, en la fecha en que se está efectuando el proceso de entrevista.

2. Nombre del funcionario o asesor: Es la persona que lleva a cabo dicha actividad

3. Lugar de entrevista: Donde se efectúa el proceso

4. Observaciones: análisis de la información registrada en el formulario

5. Resultado de la entrevista

6. 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.

12. 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-08-01
			VERSIÓN :1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN FINANCIERA		PÁGINA : 16 DE 19
			FECHA :24/10/2018

Formulario persona Jurídica

FECHA:		CIUDAD:		DEPARTAMENTO:	
1. CLASE O TIPO DE VINCULACION CON LA EMPRESA (MARCA CON X)					
☐ ASEGURADOR	☐ PROVEEDOR	☐ CONTRATISTA	☐ PARTICULAR	☐ OTRO	CUAL:
2. DATOS DE LA PERSONA JURIDICA					
RAZON SOCIAL		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	NIT
REPRESENTANTE LEGAL:					NOMBRES
CEDULA DE CIUDADANÍA	☐	NUMERO:	LUGAR DE EXPEDICION:		FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
CEDULA DE EXTRANJERÍA	☐	NUMERO:	LUGAR DE EXPEDICION:		FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
FECHA NACIMIENTO:AAAA/MM/DD	LUGAR NACIMIENTO		DEPARTAMENTO	NACIONALIDAD (1)	NACIONALIDAD (2)
DIRECCION DOMICILIO PRINCIPAL		CIUDAD	DEPARTAMENTO	PAIS	TELEFONO/FAX
CORREO ELECTRONICO:		PORTAL/PAGINA INTERNET:			
DIRECCION SUCURSAL/AGENCIA		CIUDAD	DEPARTAMENTO	PAIS	TELEFONO/FAX
TIPO DE EMPRESA		ACTIVIDAD ECONOMICA			
☐ PUBLICA	☐ INDUSTRIAL	☐ AGRICOLA	☐ SERVICIOS DE SALUD	CUAL:	
☐ MIXTA	☐ COMERCIAL	☐ FARMACEUTICA	☐ SERVICIOS FINANCIEROS		
☐ PRIVADA	☐ ASEGURADOR	☐ TRANSPORTES	☐ OTRA,		
☐ EXTRANJERA	☐ SERVICIOS				
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE	(SI) ☐	(SI) ☐	(SI) ☐	CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
	(NO) ☐	(NO) ☐	(NO) ☐	PRINCIPAL: ☐ SECUNDARIA: ☐	
GRAN CONTRIBUYENTE	SI ☐ NO ☐	AGENTE RETENEDOR	SI ☐ NO ☐	AGENTE AUTORETENEDOR	SI ☐ NO ☐
3. DECLARACION PERSONA PUBLICAMENTE EXPUESTA (PEPS)					
POR SU CARGO O ACTIVIDAD ADMINISTRA O TIENE A SU CARGO EL MANEJO DE RECURSOS PUBLICOS			SI ☐	NO ☐	
POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUN GRADO O TIPO DE PODER PUBLICO			SI ☐	NO ☐	
POR SU ACTIVIDAD, OCUPACION U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PUBLICO GENERAL			SI ☐	NO ☐	
ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAIS DIFERENTE A COLOMBIA			SI ☐	NO ☐	
Si contestó afirmativamente alguna de las anteriores preguntas, por favor, especifique:					
III. IDENTIFICACION DE ACCIONISTAS, SOCIOS, ASOCIADOS QUE SEAN TITULARES DE MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APOORTE O PARTICIPACION					
NOMBRE COMPLETO O RAZON SOCIAL (DE REQUERIR UTILICE ANEXO)	% PARTICIPACION	TIPO DE IDENTIFICACION		NUMERO IDENTIFICACION	
		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. INFORMACION 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:					
CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES:					

	INSTRUCTIVO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL Y JURÍDICA		CÓDIGO: AP-GF-I-08-01
			VERSIÓN : 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN FINANCIERA		PÁGINA : 17 DE 19
			FECHA : 24/10/2018

5. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES						
REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☐						
IMPORTACIONES ☐	EXPORTACIONES ☐	INVERSIONES ☐	REDESCUENTO ☐	Especifique cual:		
OPERACIONES DE TRANSFERENCIAS ☐	LEASING ☐	SERVICIOS ☐				
PAGO DE SERVICIOS ☐	PRESTAMOS EN MONEDA EXTRANJERA ☐	OTRA ☐				
TIPO PRODUCTO	NO DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO OPERACIÓN	CIUDAD	PAIS	MONEDA
6. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS						
Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD 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 ocupacion, 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 Camara de Comercio.						
2. Fotocopia del Registro Unico 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. AUTORIZACION DE USO DE INFORMACION						
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:						
9.1. AUTORIZACION Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE, identificada con Nit 900.971.006-4, ubicada en la Calle 66 No15-41 (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 Entidad 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 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 médica, abogados internos y externos. 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 INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.						

	INSTRUCTIVO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL Y JURÍDICA	CÓDIGO: AP-GF-I-08-01
		VERSIÓN :1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN FINANCIERA	PÁGINA : 18 DE 19
		FECHA :24/10/2018

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 INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACION: 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.

10. FIRMA Y HUELLA			
SE FIRMA EL PRESENTE DOCUMENTO COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO SU CONTENIDO, SE DECLARA QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA ES EXACTA Y VERDICA EN TODAS SUS PARTES			
			
Firma Cliente / Representante Legal		Huella Índice Derecho	
11. INFORMACION DE ENTREVISTA		12. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION	
1. Ciudad y fecha		1. Ciudad y fecha	
2.Nombre del funcionario o Asesor:		2. Nombre y Cargo de quien verifica:	
3. Lugar de la Entrevista:		3. Lugar de la verificación:	
4. Observaciones:		4. Observaciones:	
5. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐ RECHAZADO ☐		
6. Firma y Cédula		5. Firma y cédula:	

3.2. Seguimiento.

* En el área respectiva reposara copia del formato diligenciado como soporte de los procedimientos efectuados.

* Se enviara copia escaneada a la Dirección financiera-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.

	INSTRUCTIVO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE PERSONA NATURAL Y JURÍDICA	CÓDIGO: AP-GF-I-08-01
		VERSIÓN :1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN FINANCIERA	PÁGINA : 19 DE 19
		FECHA :24/10/2018

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

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			
-------------------------	--	--	--