

		FORMATO SARLAFT		Versión: 1		12/27/2018																	
				Fecha de aprobación:		18-02-PO-0011																	
				Código:																			
SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARLAFT																							
FECHA: 03-2022		CIUDAD: Bogotá		DEPARTAMENTO: Cundinamarca		Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1. de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.																	
CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN LA EMPRESA (MARCA CON X)																							
PROVEEDOR		☐		PARTICULAR		☐		CONTRATISTA OPI		☒		SERVIDOR PÚBLICO		☐		OTRO		☐		CUAL: NA			
1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL										SEGUNDO NOMBRE													
PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO:			PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE			FECHA EXPIRACIÓN (AAAA/MM/DD)											
Villami			Rubio			Diana			Marcela			2001/06/13											
TIPO DE IDENTIFICACIÓN			IDENTIFICACIÓN			LUGAR EXPIRACIÓN (Ciudad/Municipio)																	
C.C. ☒			C.E. ☐ R.C. ☐ NUP ☐			52 861 321			Bogotá														
PASAPORTE			☐			OTRO ☐			NA			SI RESIDENTE EN COLOMBIA: ☒ SI ☐ NO ☐			NACIONALIDAD:								
FECHA NACIMIENTO:			LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)			PAIS NACIMIENTO			PERSONA A CARGO			NUMERO DE HIJOS			TELEFONO CELULAR								
1983/05/09			Bogotá			Colombia			Hijo			1			318596649								
ESTADO CIVIL										PERSONA A CARGO		NUMERO DE HIJOS		TELEFONO CELULAR									
SOLTERO(A) ☒ CASADO ☐ DIVORCIADO ☐ VIUDO(A) ☐ NO CON LIBRE ☐ VIUDO(A) ☐										Hijo		1		318596649									
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA										PERSONA A CARGO		NUMERO DE HIJOS		TELEFONO CELULAR									
MAESTRO ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☒ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☐ TECNOLÓGICO ☐ OTRO ☐										Hijo		1		318596649									
CUAL: NA										CONTRATISTA		TELEFONO RESIDENCIA											
DIRECCIÓN RESIDENCIA:			CIUDAD RESIDENCIA			DEPARTAMENTO:			PAIS RESIDENCIA:			TELEFONO RESIDENCIA											
Kra 68 # 135 + 39 i 31 Sur			Bogotá			Cundinamarca			Colombia			6029051											
CORREO ELECTRONICO:			PORTAL O PAGINA INTERNET			TIPO DE VIVIENDA			PROPIA ☐ FAMILIAR ☒ ARRENDADA ☐			TELEFONO/FAX											
marcelavillami18@gmail.com			NA																				
DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (SI tiene)			CIUDAD:			DEPARTAMENTO:			PAIS:			TELEFONO/FAX											
NA			NA			NA			NA			NA											
2. DATOS DEL CONYUGE										PERSONA A CARGO		NUMERO DE HIJOS		TELEFONO CELULAR									
PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO:			PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE			FECHA EXPIRACIÓN (AAAA/MM/DD)											
NA			NA			NA			NA			NA											
TIPO DE IDENTIFICACIÓN			NUMERO IDENTIFICACIÓN			LUGAR EXPIRACIÓN (Ciudad/Municipio)																	
C.C. ☐			C.E. ☐ R.C. ☐ NUP ☐			NA			NA														
PASAPORTE			☐			OTRO ☐			CUAL: NA			SI RESIDENTE EN COLOMBIA: ☐ SI ☐ NO ☐			NACIONALIDAD: NA								
3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:										PERSONA A CARGO		NUMERO DE HIJOS		TELEFONO CELULAR									
ASALARIADO ☐			ESTUDIANTE ☐			BOGAR ☐			PERSONADO ☐			CUAL: NA											
SOCIO ☐			CONTRATISTA ☒			COMERCIANTE ☐			EMPLEADO PÚBLICO ☐														
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐			EMPLEADO SOCIO ☐						OTRA ☐														
DIFERENCIACIÓN FISCAL RESPONSABLE:			DECLARA RENTA			IVA			SI ☐ NO ☐			CORROS C11U ACTIVIDAD ECONOMICA											
			NO ☒			ICA			SI ☐ NO ☐			PRINCIPAL: ☐ CUNDARIA: ☐											
GRAN CONTRIBUYENTE			SI ☐ NO ☒			AGENTE RETENEDOR			SI ☐ NO ☐			AGENTE AUTORETENEDOR			SI ☐ NO ☐								
FUNCIONARIO PÚBLICO			ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS			NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA																	
SI ☐ NO ☒			NO ☒			SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.																	
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA			GOBIERNO ☐ SERVICIOS ☐ SALUD ☐			# RUT			900.959.048-4														
EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐																							
OTRA ☐			CUAL: NA																				

FORMATO SARLAFT		Versión:	1	ASOCIACIÓN DE SERVIDORES DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE	
FECHA DE APROBACIÓN:		12/27/2018		CÓDIGO:	
18-02-FO-0011					
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA		TELÉFONO	CÓDIGO MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAÍS
NA		NA	NA	NA	NA
CARGO ACTUAL		FECHA VENCIMIENTO		PAÍS	
NA		NA		NA	
4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO					
NÚMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCIÓN	TIPO SOCIEDAD
NA	NA	NA	NA	NA	NA
5. INFORMACIÓN FINANCIERA					
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS	PASIVOS
RENTAS		GASTOS FAMILIARES		DEUDAS	SALDO HIPOTECARIA
RENTAS		RENTAS		DEUDAS	TARJETAS DE CREDITO
RENTAS		CUOTA VEHICULO		DEUDAS	DEUDAS VEHICULOS
RENTAS		CUOTA VIVIENDA		DEUDAS	DEUDAS TERCEROS
RENTAS		OTROS INGRESOS		OTROS PASIVOS	OTROS PASIVOS
TOTAL INGRESOS	\$0	TOTAL EGRESOS	\$0	TOTAL ACTIVOS	\$0
DESCRIPCIÓN OTROS INGRESOS		DESCRIPCIÓN OTROS EGRESOS		DESCRIPCIÓN OTROS ACTIVOS	DESCRIPCIÓN OTROS PASIVOS
NA		NA		NA	NA
6. REFERENCIAS PERSONALES					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Damasis		Patricia		Avila	Fajardo
DIRECCIÓN		CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAÍS		TIPO RELACIÓN	TELÉFONO FIJO Y/O EXTENSIÓN/CELULAR
Calle 23 # 14-05		Madrid /Cun/Imarca		Amistad	3123107824
7. REFERENCIA FINANCIERA					
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO	SUCURSAL	TELÉFONO	
NA	NA	NA	NA	NA	
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI NO					
SI NO					
8. 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 SUR OCCIDENTE ESE con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":					
1. Que los recursos que entregue y entregue a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):					
Tec. Lab en Aux. Enfermería / ADMON EMPRESAS					
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 SUR OCCIDENTE 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 SUR OCCIDENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los muestreos 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 SUR OCCIDENTE 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 fueron requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE.					
9. DOCUMENTOS REQUERIDOS					
Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses + declaración de renta si es declarante.					
Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.					
Profesional Independiente/Contratista por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados financieros certificados + declaración de renta si es declarante. Nota: Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.					
Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante.					

	FORMATO SARLAFT	Versión: 1 Fecha de aprobación: 12/27/2018 Código: 18-02-PO-0011	
---	------------------------	--	---

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 inscrita en el RUT 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.)

10. 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 PAISES.

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requerirá de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.

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

4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, enténdase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE, con N.º 900.959.048-4, ubicada en la Calle 9 No. 39-46 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:

A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministro mis datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.

B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:

1. **FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:** Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, donador, 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 a los servicios de salud del Sistema General de Liquidación y pago de cuentas. d) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. e) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. f) La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. g) 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. h) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. i) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las regulaciones aplicables. j) 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. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por dicha Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. **USUARIOS DE LA INFORMACIÓN:** Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelanten gestiones de para efectos de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, FiscoCol, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y 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 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 he sido obligado a responderlas.

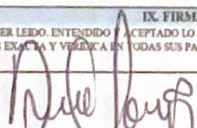
7. **DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN:** Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

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 Sur Occidente 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 lo previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán: a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Calle 9 No. 39-46, Bogotá, Teléfono 7568501 Ext. 16811) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude. (INDICAR DIRECCIÓN, CIUDAD, TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO DE CONTACTO).

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.

IX. FIRMA Y HUELLA

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



Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho