Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**FORMATO SARLAFT**	Versión:	1	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/27/2018	
		Código:	18-02-FO-0011	

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT

FECHA:	2022-12-14	**CIUDAD:**	BOGOTA	**DEPARTAMENTO:**	BOGOTA D.C.

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, 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 VINCULACION LA EMPRESA (MARCA CON X)

PROVEEDOR		**PARTICULAR**		**CONTRATISTA OPS**	x	**SERVIDOR PUBLICO**		**OTRO**		**CUAL:**	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	**SEGUNDO APELLIDO:**	**PRIMER NOMBRE**	**SEGUNDO NOMBRE**		
VELASQUEZ	**PEREIRA**	**LUCRECIA**	**VIVIANA**		

TIPO DE IDENTIFICACION				**No IDENTIFICACION**	**LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)**	**FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)**
C.C.	x	C.E.	R.C.	NUIP	52903470	BOGOTA	2000-07-14
PASAPORTE		OTRO	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI x NO		

FECHA NACIMIENTO:	**LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)**	**PAIS NACIMIENTO**	**NACIONALIDAD:**
1982-06-11	BOGOTA	**COLOMBIA**	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL						**PERSONA A CARGO**	**NUMERO DE HIJOS**	**TELEFONO CELULAR**
SOLTERO(A)	x	CASADO(A)	DIVORCIADO(A	UNION LIBRE	VIUDO(A)	2	2	3123408673

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA									**PROFESION / OFICIO**
MAGISTER	POSGRADO	UNIVERSITARIO	BACHILLER	PRIMARIA	TECNICO	TECNOLOGO	OTRO	CUAL:	**CONTRATISTA**
			x	x					

DIRECCION RESIDENCIA:	**CIUDAD RESIDENCIA**	**DEPARTAMENTO:**	**PAIS RESIDENCIA:**	**TELEFONO RESIDENCIA**
CL 39 BIS SUR -78 N - 24	**BOGOTA**	**BOGOTA D.C**	**COLOMBIA**	**2250262**

CORREO ELECTRONICO:	**PORTAL O PAGINA INTERNET**	**TIPO DE VIVIENDA**		
vivianavelasquez@hotmail.es		PROPIA	FAMILIAR	ARRENDADA x

DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	**CIUDAD:**	**DEPARTAMENTO:**	**PAIS:**	**TELEFONO/FAX**

2. DATOS DEL CONYUGE

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 :	

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO SOCIO PROFESIONAL INDEPENDIENTE	ESTUDIANTE x CONTRATISTA EMPLEADO SOCIO	HOGAR COMERCIANTE	PENSIONADO EMPLEADO PUBLICO OTRA.	CUAL:

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	**DECLARA RENTA**	SI NO x	**IVA**	SI	NO	**CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONOMICA** 8692
			ICA	SI	NO x	**PRINCIPAL:** **SECUNDARIA:**
GRAN CONTRIBUYENTE	SI NO x	**AGENTE RETENEDOR**		SI NO x	**AGENTE AUTORETENEDOR**	SI NO x

FUNCIONARIO PUBLICO	**ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS**	**NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA**
SI NO x	SI NO x	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO COMERCIAL SERVICIOS SALUD x	**# NIT**	900.959.048-4

EXPORTACIONES AGRICOLA ENERGETICA FINANCIERA TRANSPORTE TECNOLOGIA ALIMENTOS MEDICAMENTOS
OTRA CUAL:

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**FORMATO SARLAFT**	Versión:	1	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/27/2018	
		Código:	18-02-FO-0011	

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS

CARGO ACTUAL		FECHA VINCULACION	

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	$ 2,175,000	GASTOS FAMILIARES	$ 1,100,000	AHORROS	$ 5,000,000	SALDO HIPOTECA	$ 0
HONORARIOS	$ 0	ARRIENDOS	$ 700,000	INVERSIONES	$ 0	TARJETAS DE CREDITO	$ 0
ARRIENDOS	$ 0	CUOTA VEHICULO		VEHICULOS	$ 0	DEUDA VEHICULOS	$ 0
COMISIONES	$ 0	CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES	$ 0	DEUDAS TERCEROS	$ 2,000,000
OTROS INGRESOS*	$ 0	OTROS EGRESOS*	$ 300,000	OTROS ACTIVOS*	$ 0	OTROS PASIVOS*	$ 0
TOTAL INGRESOS	**$ 2,175,000**	**TOTAL EGRESOS**	**$ 2,100,000**	**TOTAL ACTIVOS**	**$ 5,000,000**	**TOTAL PASIVOS**	**$ 2,000,000**

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS
N/A	N/A	N/A	N/A

6. 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
BUITRAGO	ROJAS	KELLY	JOHANA
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
CKR 78 J -38 B-87 SUR	BOGOTA	AMIGAS	3046153306

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
DAVIVIENDA	CUENTA AHORROS	6380203759	BOGOTA	

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒ X

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:
IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐ **CUAL:**

8. 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 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 entregaré a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE 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 SUR OCCIDENTE ESE** se destinaran a actividades licitas.

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 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 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 fueren 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 o copia del certificado de ingresos y retenciones + 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/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 + 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

. Origina T Ccnificado de Existencia y Rcprc semac ión Legal con Y Agencia no superior a nov unle (90) dias, ezged ido por 1s Cámara de Comercio.T Para Con›ercianlcs)
. Folocopie del Registro Únieo Tributario RUT.
t. Folooopie dcl gocumcnlo ge idenlificación, pmplieda al T 50%.
. f-olocoyia Dceleroción de frente del ulliii o periodo grn able declarado (si cain obligado a declarar)
. E0ados Financieros gcT u min o periodo disponible, expedidos de oonFonn idad con les normas vigenles, cenificados y/o 4ictan inados scan ser of raso.(Obligados a llevar conlabi1id«6) APODERADO: Adjunlu poder dcbidqnicnlo firmado con rcconoeimienlo ante Noler io Publico.
NOTA: Todos los concepto de in@so deben estar éebi4amenle soponados.(órrendan›ienlos, venir aclTvos, hemncias, teg«doz, donaciones, e1•.)

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

t. Que Tos datos personales sslimitados en eT gresenle Formu Mario de ConocÜifen‹o del CTienle son regidos etendiendo las disgos ir iones e insftiio¢iones imgartides por la Sugar intcnde ncia Nucion ql de Salud y los esiándare i«Icmeciorialw gerq la Prevención y cl Conltol dcl Mvsdo de Ac livos y lo Finen ian ión del Terrorismo.
Z. Que conforme q los d isg»eslo en el lila re1 b) dcl arlieu lo 2 de la Leyó KB T de 2012, les disgos iciones que buscan la protecc ión de datos personales y que se encuenlran contenidos en dicha disposición, no son agli ables e las base Je da los y acá iros que lengan gar Ti«a Iidad Ta grevenc ión, de leveión, mojjitoreo y conxol del la Yado de activos y el financiamiento del lerror ismo, gar lo quo en principio su uliliz«c ión no requeriría de una autoría ación de su jiKilar
. Que tos d*Ios personales adicioriclea para eT esf«dio tmnico del riesgo se rralaran observando les disposiciones Vega les viga mes.
4. Que Tos datos iambión serEn iraiados para fines conicrc ialcs, r ón por Ta cual proceda « emIlir h sigu icnlc:

Para »Fwlos de la presente aula finació n, emifindase gor LA F•SE. Subred Ptegrada de Ser• ir ios de Selud Sur mcident• E8E, coa Nil. 900.959.04S-d, ab1cada en l• C •11 e 9 No. 39-46 y/o cnnlqu ier en tidod o U•idad Presladora 4 Srmidios de Salud, uonfrolada direci a o ind lrectamenie por la n isn a Entidad emcr mcnc iopada.

A. Q«e para eFcMoe de acee4cr a la contraI«ci6n yyo prestación de zerviu ion gar parte do la ESE y'o elg«na de sus Unidades Prestadoras de Sur lclos go Salud. debigamcnlc habililodes, sumintsfranlos nuwfros dalos para todos lo finos yrmonfrqcMal e y confracMales que comprende las acli* idedes d prcslaoión ge *eoricios de s«lu6.

B. Que ta HSE yyo Unidades J•r•siadoras de Sew icios de S•Ind, nte hsn inform ado, expresamente:

3. TJSUA gJOS DE LA tNFOKMACIOfi: Que luz dalos suminisuqdos godrán ser oonigafiidoe, fransm ilidos, enlrcgedo s, hansF«ridos o dirlgqdos gara la finalidades mencionados a: a) las personas jurid iras que tienen la calidad d asociadas o xineulades a la ESE y/o Unidades Prcsladoras de S crvicios do Salud. b) Los o@redoros n¢c sa ios yaa el cun glTmienio de derechos y obTTgacion z der iyados de los con trelos celebrados con la ESE y/o les \Jnidadc Prwiador de Servicios de Salud, ta los como cqTI cen ler, Tnyestigadora, con pen fas de asistenc fa medie a, abogados Eternos y exlemoz, enIre amos. c) Los cfirmes y a nitaganes que intervengan en el gracaso de cclebracidn ejec«eión, 1emiin«cTón y ligu idaoión de conitatos do comgm-venta de bienes y servt» ios . d) Les ¡oc rson»s ron las cuales lo ESE yyo Unida dm Prwladons de Servicios de '2alud adekinlw gesliones de gara efecto de la celebraoión é oomrslos de giros y/o reesgr»tes. e) A la \ITAf- Fasmotda @ cualquier obra genona ridice I ge lm4nle eutorñ ada para la adminisfr ación de bases de dalos Vera cFcctos de le

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud d 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 Unidade 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 pag de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accederé 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 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 Envió 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 Ta 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 d Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

las fi4nlJdades

-ia, no he sido obligado

-lricos. F•n lodo caso. Vera eFmto

ie y Circular •zIcm b 009 d a

sponder1 s,

er. Malizar,

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

e. e EseousA aves Y cncAeGA Dos oE¢ i SAT MtExzo oE nAs inzo «MAcio n: p«e bs msg »ab les ael r‹eiami ni d e :nr rmac‹ó» s « la s b ca i» egnda de wn ici» de situa ser occidc«ie EsE y/ u Unidades Presladoras de Sem ioian de SaTud , cu@s daios de don laolo se i«cluy«ron Un el end qbezado dz est autorizou ión. T2n foda caso, los encargados deT Tulan›iento de Tos daios gil se con›gartan, tqnsflorq, fransn\ ilan, ntrrg«c

de

rectificar

o divulguen, en desarrollo de los 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 7560505 Ext. 1601)*** y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.***(INDICAR DIRECCION CIUDAD*** fi.A\JTOTtlZACIÓñ: De mqnere cYgmsa, AUTORIZ AMO5 el #alamiento de los detos gusano les inclu iéos los sensib les y aulorizanios, de ser necesario, la fransferc ncie nacional c inte mac ional de Tos misnios, por Ins pr no nas, gar las finalidades y en los términos que nos fueron infomiedos en cl grcscnlc doeumonto.

GB G GMGM Y H U LEW

co*io co«siacu or ible+t rEioo, t‹oioo y srEe+/soo ro menc roulxrion ece *ie sur‹oism ›o

ES EXACTA Y VER

S 5



