Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	FORMATO SARLAFT	Versión:	1
		Fecha de aprobación:	27/12/20
		Código:	18-02-FO-0011

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

FECHA:	2024-08-18	CIUDAD:	BOGOTA	DEPARTAMENTO:

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá adelantar el Proceso de Conocimiento del Client e, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular 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 N 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	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE
PEREIRA	CASTRO	SANDRA

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)
C.C. x	C.E.	R.C.	NUIP	52503615	BOGOTA
PASAPORTE	OTRO	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA?	SI x NO

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO
1977-05-29	QUIPILE / CUNDINAMARCA	COLOMBIA

ESTADO CIVIL					PERSONA A CARGO
SOLTERO(A) x	CASADO(A)	DIVORCIADO(A)	UNION LIBRE	VIUDO(A)	2

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA

MAGISTER	POSGRADO	UNIVERSITARIO	BACHILLER	PRIMARIA	TECNICO	TECNOLOGO	OTRO
					x		

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:
CALLE 63 I # 114 - 23	BOGOTA	BOGOTA D.C.

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET
SANDRAMILENA21022@GMAIL.COM	NO APLICA

DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:
NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE
NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)
C.C.	C.E.	R.C.	NUIP	NO APLICA	NO APLICA
PASAPORTE	OTRO	CUAL:	NO APLICA	ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI	NO

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA				
	SI		IVA	SI	NO x
	NO x		ICA	SI	NO x

GRAN CONTRIBUYENTE		AGENTE RETENEDOR	
SI	NO x		SI
			NO x

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

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA				
GOBIERNO	COMERCIAL	SERVICIOS	SALUD	

EXPORTACIONES	AGRICOLA	ENERGETICA	FINANCIERA	TRANSPORTE	TECNOLOGIA	ALIMENTOS	MEDICAMENTOS
OTRA	CUAL:						

)18

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

LAFT

BOGOTA

Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de lacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad

OTRO ☐	**CUAL:** NO APLICA

SEGUNDO NOMBRE		
MILENA		
	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
	1997-01-03	

NACIONALIDAD:	
COLOMBIANA	
NUMERO DE HIJOS	**TELEFONO CELULAR**
2	3133851148
	PROFESION / OFICIO
CUAL: NO APLI A	**CONTRATISTA**
PAIS RESIDENCIA:	**TELEFONO RESIDENCIA**
COLOMBIANA	**3133851148**

TIPO DE VIVIENDA		
PROPIA ☐	FAMILIAR ☐	ARRENDADA X ☐
PAIS:		**TELEFONO/FAX**
NO APLICA		**NO APLICA**

SEGUNDO NOMBRE		
NO APLICA		
	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
	NO APLICA	
	NACIONALIDAD :	NO APLICA

CUAL: NO APLICA		
CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONOMICA		
8692		
PRINCIPAL: ☐	**SECUNDARIA:** ☐	
AGENTE AUTORETENEDOR	**SI** ☐ **NO** X ☐	
)LLA ACTIVIDAD ECONOMICA		
;.E.		
	# NIT	900.959.048-4

☐

	FORMATO SARLAFT	Versión:	1
Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.		Fecha de aprobación:	27/12/20
		Código:	18-02-FO-0011

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO
NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA

CARGO ACTUAL	NO APLICA

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD
NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVO
SALARIOS	$ 1.800.000	GASTOS FAMILIARES	$ 600.000	AHORROS
HONORARIOS	$ 19.800.000	ARRIENDOS	$ 900.000	INVERSIONES
ARRIENDOS	$ 0	CUOTA VEHICULO	$ 0	VEHICULOS
COMISIONES	$ 0	CUOTA VIVIENDA	$ 0	PROPIEDADES
OTROS INGRESOS*	$ 0	OTROS EGRESOS*	$ 400.000	OTROS ACTIVOS*
TOTAL INGRESOS	**$ 21.600.000**	**TOTAL EGRESOS**	**$ 1.900.000**	**TOTAL ACTIVOS**

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS
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 NOMB
RIAÑO	ORTEGA	MAGDA
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACIO**
CALLE 63 I # 114 - 23	BOGOTA D.C. / COLOMBIA	AMIGA

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO
DAVIVIENDA	CUENTA DE AHORROS	5,70007E+14

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAIS/CIUD
N/A	N/A	N/A	N/A

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

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 **SU 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 52

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, neg
AUXILIAR DE ENFERMERIA APH

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, comple 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 S **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 s 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 proporcionac
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 ES**

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 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 financier 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

)18

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

DEPARTAMENTO	PAIS
NO APLICA	NO APLICA
FECHA VINCULACION	NO APLICA

	FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD
	NO APLICA	NO APLICA

OS	PASIVOS	
$ 0	SALDO HIPOTECA	$ 0
$ 0	TARJETAS DE CREDITO	$ 5.000.000
$ 0	DEUDA VEHICULOS	$ 0
$ 0	DEUDAS TERCEROS	$ 0
$ 0	OTROS PASIVOS*	$ 1.000.000
$ 0	**TOTAL PASIVOS**	**$ 6.000.000**

ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS
	N/A

RE	SEGUNDO NOMBRE
A	CAROLINA
N	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
A	3167218610

SUCURSAL	TELEFONO
BOGOTA	18000123838

DAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO
	N/A	N/A
	CUAL: NO APLICA	

UBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR
26 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":

gocio, etc.):

emente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR
e modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo
lo en este documento, o de la violación del mismo.
E.

e comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento
ros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta

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 ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.(Obligados a llevar c
APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

10. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR,CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMA 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 disposi ciones e instrucciones impartidas por l 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 Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran conte 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
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE, con Nit. 900.959.048-4, ubicada en la Calle 9 N 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 hal 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 le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para l 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 Un 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 in 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 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 encu 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 N 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. n
2. 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 mencion Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimi ento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidaci 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, ya cualquier 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 d
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transfere ncias internacional
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 l 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 ca consideración que el capitulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Naci
6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En conse
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 hayan recogido sobre mi.
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la S ubred Integrad 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, transmitar 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 Ex*** bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude***.(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO***).
9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizamos, de ser necesario, la transferencia na nos fueron informados en el presente documento.

IX. FIRMA Y HUELLA

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

Firma Cliente / Representante Legal **Huella Índice Derecho**

Sandra Reina

1	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
27/12/2018	
18-02-FO-0011	

contabilidad)

ACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICA, COMERCIAL, DE

la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el

nidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por
autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.

o. 39-46 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o

bilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que

as siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor,
idades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y
volucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los
tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información
estas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de
acionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA),
n) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

adas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o
y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías
ón de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o
otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de
e estudios técnicos y estadísticos.
les de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera
so, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en
ional de Salud, exigen las mismas.
cuencia, no hemos sido obligados a responderlas.
especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se

a de Servicios de Salud Sur Occidente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud,
n, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán :
t. 1601) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de
.
cional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que





########