	**FORMATO SARLAFT**	Versión:
		Fecha de aprobación:
		Código:

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACI

FECHA:	2024-08-18	**CIUDAD:**	Bogota D.C

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad co
Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Oc
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

CLASE O TIPO DE VINCULACION LA EMPRESA (MARCA C

PROVEEDOR	☐	**PARTICULAR**	☐	**CONTRATISTA OPS**	X	**SERVIDOR PUBLICO**

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	**SEGUNDO APELLIDO:**	**PRIMER NOM**
Farfan	**Velasquez**	**Yennieth**

TIPO DE IDENTIFICACION				**No IDENTIFICACION**	**LUGA (Ciu**
C.C. X	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	52193850	Bogota D.C
PASAPORTE ☐		OTRO ☐			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? **SI**

FECHA NACIMIENTO:	**LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)**	**PAIS NACIMI**
1975-04-17	Bogota D.C.	**COLOMBIA**

ESTADO CIVIL

SOLTERO(A)	X	CASADO		DIVOR	D(A)	NION LIBRE	VIUDO(A)

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA							
MAGISTER	POSGRADO	UNIVERSITARIO	BACHILLER	PRIMARIA	TECNICO	TECNOLOGO	
						X	

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMEN
cl 2 a No 70 a - 17	Bogota D.C	

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET
yennifarfan219@gmail.com	

DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD:	DEPARTAME

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOM

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGA (Ciu
C.C.	C.E.	R.C.	NUIP		
PASAPORTE		OTRO	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA:

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	**DECLARA RENTA**	**SI** ☐	**IVA**	**SI** ☐
		NO ☒	**ICA**	**SI** ☐

GRAN CONTRIBUYENTE	**SI** ☐ **NO** ☐	**AGENTE RETENEDOR**

FUNCIONARIO PUBLICO	**ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS**	**NOMBRE EMPRES**
SI ☒ **NO** ☐	☐ **NO** ☒	SUBRED INTEGRADA DE SERVIC

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO ☐ SERVICIOS ☐ SA

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ INANCIERA ☐ RANSPORTE ☐ CNOLOGIA ☐ IMENTOS M

OTRA ☐ CUAL:

DIRECION DE LA EMPRESA	**TELEFONO**	**CIUDAD/MUNIC**
cl 9 No 39 - 46	6013849160	Bogota

CARGO ACTUAL	contratista

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCI

NUMERO DE EMPLEADOS	**VENTAS ANUALES**	**CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA**	**DESCRI**

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES	
HONORARIOS		ARRIENDOS	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	
TOTAL INGRESOS	**$ 0**	**TOTAL EGRESOS**	**$ 0**

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS
N/A	N/A

6. REFERENCIAS PERSONALES

(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Ho

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:
castillo	**tenjo**
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**
cr 70 No 1 - 75	**bogota**

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI NO

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTAC ☐ EXPORTACIO ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐

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, real
SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Ex
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 l

POPOPOP

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Le
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**
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 liquid
SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que
documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD**
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 I**

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 reter
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 indican inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados **fina** 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 últim

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.(F
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
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 FINANCIERA, CREDITICA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADA

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instruccion 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 Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, la cual proviene de la Ley.
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-
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
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 le ESE y/o sus Unidades Prestados de
vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b
Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de con
de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acc
La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) E
ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los se
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
Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratado
Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

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

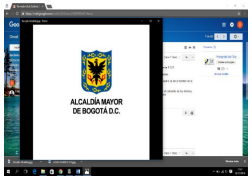
3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados p
asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y c
Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros.
ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Presta
contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de ba
riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y est
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar tra
tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conf
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 e
del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Título I de la Circular Básic
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

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de
revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la informació
Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tı
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 ES
Teléfono 7560505 Ext. 1601) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la p
CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO).
9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizamos, de ser nece
las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

IX. FIRMA Y HUELLA

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

	Firma Cliente / Representante Legal

1	
12/27/2018	
18-02-FO-0011	

ION DEL TERRORISMO - SARLAFT

DEPARTAMENTO:	

n el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la
:cidente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia
y Financiación del Terrorismo.

CON X)

☐	**OTRO** ☐	**CUAL:**

MBRE	**SEGUNDO NOMBRE**		

R EXPEDICION **dad/Municipio)**	**FECHA EXPEDICION** **(AAAA/MM/DD)**
	1993-09-21

☒ **NO** ☐

ENTO	**NACIONALIDAD:**
	Colombiana

PERSONA A CARGO	**NUMERO DE HIJOS**	**TELEFONO CELULAR**

1	1	3213899499
		PROFESION / OFICIO
OTRO CUAL:		**CONTRATISTA**
NTO:	**PAIS RESIDENCIA:**	**TELEFONO RESIDENCIA**
	colombia	
	TIPO DE VIVIENDA	
	PROPIA ☐ FAMILIAR ☐	ARRENDADA ☒
NTO:	**PAIS:**	**TELEFONO/FAX**
IBRE	**SEGUNDO NOMBRE**	
R EXPEDICION dad/Municipio)	**FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)**	
SI **N** ☐ ☐	NACIONALIDAD :	

	CUAL:	
NO X	CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONOMICA	
NO X	PRINCIPAL:	ECUNDARIA:
SI NO X	AGENTE AUTORETENEDOR	SI NO X

A O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA

IOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

ALUD X	# NIT	900.959.048-4
CAMENTOS		

CIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
		colombia
	FECHA VINCULACION	2024-08-19

O

PCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD

ACTIVOS		PASIVOS	
AHORROS		SALDO HIPOTECA	
INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL ACTIVOS	**$ 0**	**TOTAL PASIVOS**	**$ 0**

DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS
N/A	N/A

rario Laboral)

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
miguel	**angel**

TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
personal	**3123573811**

NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO

X

PAIS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO
N/A	N/A	N/A

☐ OTRA ☐ **CUAL:**

iza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la **SUBRED INTEGRADA DE**
:terna 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las

as siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

lo adicione, complemente o modifique)
:y 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni

se destinaran a actividades licitas.

lación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la **SUBRED INTEGRADA DE**
: por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este
SUR OCCIDENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información

DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE.

ıciones + declaración de renta si es declarante.

ıdo vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de
ıncieros certificados + declaración de renta si es declarante Nota: Si presenta

ɔs tres meses + declaración de renta si es declarante

ara Comerciantes)

l caso.(Obligados a llevar contabilidad)

Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS
AS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES.

ıes impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares

y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases
por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular,

4, ubicada en la Calle 9 No. 39-46 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de

s de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los

: Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de
) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades
ıtratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago
ederé a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h)
Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y
ervicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k)
s Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax
os y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de

para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades . c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, doras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de ses de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de tadísticos.
ansferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del

ormidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos a Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de

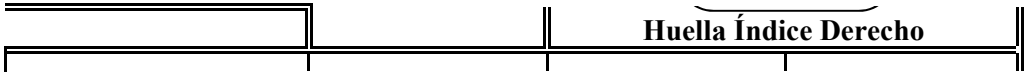
s y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar,

n son la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE y/o sus Unidades ratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o SE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud ***(Calle 9 No. 39-46, Bogotá,*** revención y control del fraude***.(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y***

esario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para

RMACION QUE HE UMENTO			


Huella Índice Derecho