

	FORMATO SARLAFT	Versión: 1 Fecha de aprobación: 27/12/2018 Código: 18-02-FO-0011	
SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARLAFT			
FECHA: 2025-09-08	Ciudad: BOGOTÁ DC	DEPARTAMENTO: BOGOTÁ DC	
(Firmado Clie/Con con el diligenciamiento de este formulario nos permitimos 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 OTRO ☒	SERVIDOR PÚBLICO ☐
OTRO ☐		CUAL: _____	
1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
CHAVES		LESLIE	
PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
YINETH			
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		NÚMERO IDENTIFICACIÓN	
C.C. ☒		C.C. ☐ E.C. ☐ N.I.P. ☐	
1.032.415.782		BOGOTÁ DC	
PASAPORTE ☐		OTRO ☐	
CUAL: _____		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒ NO ☐	
FECHA NACIMIENTO:		PAÍS NACIMIENTO:	
1986-07-02		COLOMBIA	
NACIONALIDAD:		COLOMBIANA	
ESTADO CIVIL		PERSONA A CARGO	
SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☒ DIVORCIADO ☐ UNIÓN ☐ VEC ☐		2	
NÚMERO DE HIJOS		2	
TELÉFONO CELULAR		20488885	
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA		PROFESIÓN	
MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☒ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐ SECUNDARIO ☐ TECNOLÓGICO ☐ OTRO ☐		CUAL: _____	
CONTRATISTA		OFICIO	
DIRECCIÓN RESIDENCIAL		CIUDAD RESIDENCIA	
CRA 104 #13C-40		BOGOTÁ	
DEPARTAMENTO		PAÍS RESIDENCIA	
CUNDINAMARCA		COLOMBIANA	
CORREO ELECTRÓNICO:		TELÉFONO RESIDENCIAL	
leslie_9932@hotmail.com		128-088885	
PORTAL O PÁGINA INTERNET		TIPO DE VIVIENDA	
		PROPIA ☐ FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☒	
DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)		CIUDAD:	
		BOGOTÁ DC	
DEPARTAMENTO:		PAÍS:	
		COLOMBIA	
TELÉFONO FAX:			
2. DATOS DEL CONVUGE			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
BARRERA		ALVARO	
PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		NÚMERO IDENTIFICACIÓN	
C.C. ☐		C.C. ☐ E.C. ☐ N.I.P. ☐	
18888888		BOGOTÁ	
PASAPORTE ☐		OTRO ☐	
CUAL: _____		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒ NO ☐	
NACIONALIDAD:		COLOMBIANA	
3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:			
ASALARADO ☐ ESTUDIANTE ☐ CONTRATISTA ☐ REGIM ☐ COMITANTE ☐ PENSIONADO ☐ EMPLEADO PÚBLICO ☐ OTRO: _____		CUAL: _____	
INFORMACIÓN TERCERÍA RESUMIDA		DECLARA RENTA	
SI ☐ NO ☒		SI ☐ NO ☒	
GRAN CONTRIBUYENTE		AGENTE AUTOTENDIDO	
SI ☐ NO ☒		SI ☐ NO ☒	
FUNCIONARIO PÚBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS	
SI ☐ NO ☒		SI ☐ NO ☒	
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO ☐ SERVICIOS ☐ ALIEN ☐ MEDICINA ☐	
CARRERA 13 # 18-27		BOGOTÁ	
CARGO ACTUAL		PSICOLOGA	
NÚMERO DE EMPLEADOS		VENTAS ANUALES	
CÓDIGO ACTIVIDAD ECONOMICA		DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD	
FECHA CONSTRUCCIÓN		TIPO SOCIEDAD	
4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO			
NÚMERO DE EMPLEADOS		VENTAS ANUALES	
CÓDIGO ACTIVIDAD ECONOMICA		DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD	
FECHA CONSTRUCCIÓN		TIPO SOCIEDAD	
5. INFORMACIÓN FINANCIERA			
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES	
\$ 3.500.000		\$ 2.000.000	
BONIFICACIONES		BONIFICACIONES	
\$ 500.000		\$ 500.000	
COTIZACIÓN VEHICULO		COTIZACIÓN VEHICULO	
\$ 1.800.000		\$ 1.800.000	
COTIZACIÓN VIVIENDA		COTIZACIÓN VIVIENDA	
\$ 1.000.000		\$ 1.000.000	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	
\$ 3.590.070		\$ 3.450.000	
TOTAL INGRESOS		TOTAL EGRESOS	
\$ 3.590.070		\$ 3.450.000	
DESCRIPCIÓN OTROS INGRESOS		DESCRIPCIÓN OTROS EGRESOS	
N/A		N/A	
DESCRIPCIÓN OTROS ACTIVOS		DESCRIPCIÓN OTROS PASIVOS	
N/A		N/A	
6. REFERENCIAS PERSONALES			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
LOPEZ		BERNANDEZ	
PRIMER NOMBRE		SEGUNDO	

5. 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: Certificación de pensión o despendibles 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

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 Ró. Oficial.

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 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 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.

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son reglados 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 Ley1581 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 su precepto 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 trataran observando las disposiciones legales vigentes.

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

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, enténdase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE, con Nit. 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, suministramos nuestros 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 le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicio de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, afiliado, contratante 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 cuantías. 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 Seguros de reafiliación 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 modifique 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. 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 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 contratantes 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 efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la URAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legítimamente 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 facultados 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 contratante, 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 Entero 006 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen los mismos.

6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultadas 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, no asistes los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender los informaciones que se hayan recogido sobre mí.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: 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 comparten, transfiera, transmitan, entregues o divulguen, en desarrollo de los previstos en el literal e) del numeral 1 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 2666655, Ext. 1692) y cualquier otra persona jurídica legítimamente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude (INDICAR DIRECCION CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)

9. AUTORIZACION: 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 LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMNISTRADO ES LA

3. DOCUMENTO

HUBO CONCIERTE