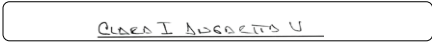


	FORMATO SARLAFT	Versión: 1										
		Fecha de aprobación: 27/12/2018										
		Código: 18-02-FO-0011										
SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT												
FECHA:	2025-09-23	CIUDAD:	Bogotá	DEPARTAMENTO:	Bogotá Capital							
Distinguido 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 Salud Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE, como entidad sujeta 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	☐	PARTECIPIAR	☐	CONTRATISTA OPS	☒	SERVICIOS PUBLICO	☐	OTRO	☐	CUAL:		
1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL												
PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO:			PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE			
Angarita			Verdugo			Clara			Inés			
TIPO DE IDENTIFICACION			No IDENTIFICACION			LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)			FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)			
C.C. ☒			C.E. ☐ N.C. ☐ NUP ☐ SI 792793			Bogotá D.C.			1983-12-12			
PASAPORTE			☐			ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒ NO ☐						
FECHA NACIMIENTO:			LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)			PAIS NACIMIENTO			NACIONALIDAD:			
1983-11-04			Bogotá D.C.			Colombia			Colombiana			
ESTADO CIVIL						PERSONA A CARGO		NUMERO DE HIJOS		TELEFONO CELULAR		
SOLTERO(A) ☒ CASADO ☐ DIVORC ☐ VEUVA(A) ☐ VIUVA(A) ☐ X						0		2		300538400		
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA										PROFESION / OFICIO		
MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☒ TECNOLÓGICO ☐ OTRO ☐ CUAL:										CONTRATISTA		
DIRECCION RESIDENCIA:			CIUDAD RESIDENCIA			DEPARTAMENTO:			PAIS RESIDENCIA:			TELEFONO RESIDENCIA
Calle 44 # 38d-14			Bogotá			Distrito Capital			Colombiana			NA
CORREO ELECTRONICO:			PORTAL O PAGINA INTERNET			TIPO DE VIVIENDA						
darjinesangarita@gmail.com						PROPIA ☐ FAMILIAR ☒ ARRENDAD ☐						
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. ☐ N.C. ☐ NUP ☐									
PASAPORTE			☐			ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☒			NACIONALIDAD:			
3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:												
ASALARIADO ☐			ESTUDIANTE ☐			BOGOT ☐			FENECENADO ☐			CUAL:
SOCIO ☐			CONTRATISTA ☒			COMERCIANTE ☐			EMPLADO PUBLICO ☐			
PROFESIONAL ☐			EMPLADO SOCIO ☐			OTRA ☐						
INDEPENDIENTE ☐												
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:			DECLARA RENTA			IVA			CORREL. C.U.C. ACTIVIDAD ECONOMICA			
			SI ☐ NO ☒			SI ☐ NO ☐			E692			
						ICA			SI ☐ NO ☐			
GRAN CONTRIBUYENTE			SI ☐ NO ☐			AGENTE RETENEDOR			SI ☐ NO ☐			
FUNCIONARIO PUBLICO			ADMINISTRA. RECURSOS PUBLICOS			NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA						
SI ☐ NO ☒			SI ☐ NO ☐			SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.						
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA			GOBIERNO ☐			SERVICIOS ☐ SALUD ☐			#NOT. REG.201.048-4			
EXPORTACIONES ☐			AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐									
OTRA ☐			CUAL:									

 República de Colombia Sur Occidente S.A.S.		FORMATO SARLAFT		Versión: 1		 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	
Fecha de aprobación: 27/12/2018		Código: 18-02-FO-0011					
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA		TELÉFONO		CIUDAD/MUNICIPIO		DEPARTAMENTO PAÍS	
CARGO ACTUAL				FECHA VINCULACIÓN			
4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO							
NÚMERO DE EMPLEADOS		VENTAS ANUALES		CÓDIGO ACTIVIDAD ECONOMÍA		DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD	
						FECHA CONSTITUCIÓN	
5. INFORMACIÓN FINANCIERA							
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS \$ 20.400.000		GASTOS Y OBLIGACIONES \$ 300.000		RECURSOS		SALDO HIPOTECARIO	
RENTAS/ARRENDOS		ARRENDOS		RENTAS/ARRENDOS		TARJETAS DE CRÉDITO	
ARRENDOS		COSTA VECICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMUNIDADES		COSTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDA TURISMO	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS \$ 20.400.000		TOTAL EGRESOS \$ 300.000		TOTAL ACTIVOS \$ 0		TOTAL PASIVOS \$ 0	
DESCRIPCIÓN OTROS INGRESOS		DESCRIPCIÓN OTROS EGRESOS		DESCRIPCIÓN OTROS ACTIVOS		DESCRIPCIÓN OTROS PASIVOS	
N/A		N/A		N/A		N/A	
6. REFERENCIAS PERSONALES (No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contrante y debe ser localizable en Horario Laboral)							
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
ROSA				INES		REINA	
DIRECCIÓN		CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAÍS		TIPO RELACIÓN		TELÉFONO FIJO Y / O EXTENSIÓN/CELULAR	
Región D.C.		Región D.C.		Amiga		310880600	
7. REFERENCIA FINANCIERA							
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NÚMERO		SUCURSAL	
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI NO							
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NÚMERO		PAIS/CIUDAD	
N/A		N/A		N/A		N/A	
DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS:						MONEDA MONTO PROMEDIO	
IMPORTACIÓN ☐ EXPORTACIÓN ☐ TRANSFERENCIA ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐						CUM:	
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 entregare y entregaré a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):							
AUXILIAR DE ENFERMERÍA							
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 admitir 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 efectuar 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 destinan 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 numerales anteriores o en el eventual caso de que se aplicaran de normas sancionatorias con posterioridad a la firma de este documento se modifique las declaraciones por mí efectuadas, existiendo 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							
Asistiendo: 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 desglosables 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: Certificación 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 RUT Domicilio.							
4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.							
5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si está 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 separados.(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 contenidas 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 requiere 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:							
AUTORIZACION							
Para efectos de la presente autorización, entiendo 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, suministraré 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, Investigador, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. b) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, renovación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. c) 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 riesgos. d) A la UAF, FAV, y 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.							
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 derivadas 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, renovación 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 riesgos. e) A la UAF, FAV, y 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 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 hemos sido obligados a responderlas.							
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 especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que yo he proporcionado.							
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 las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyen en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se comparten, transfieren, transmiten, entreguen o divulgan, 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 las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Calle 9 No. 39-46, Bogotá, Teléfono 2560551, Ext. 1001) y cualquier otra persona jurídica legítimamente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes (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 HUELLO							
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			