

VERIFICACION SARLAFT

Versión:	1
Fecha de aprobación:	17/07/2025
Código:	18-01-FO-0022

SUBSANACION

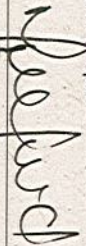
VERIFICACIÓN SARLAFT PROCESO No. IC-360-2025

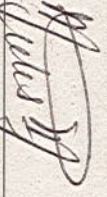
Bogotá, D.C., Noviembre de 2025

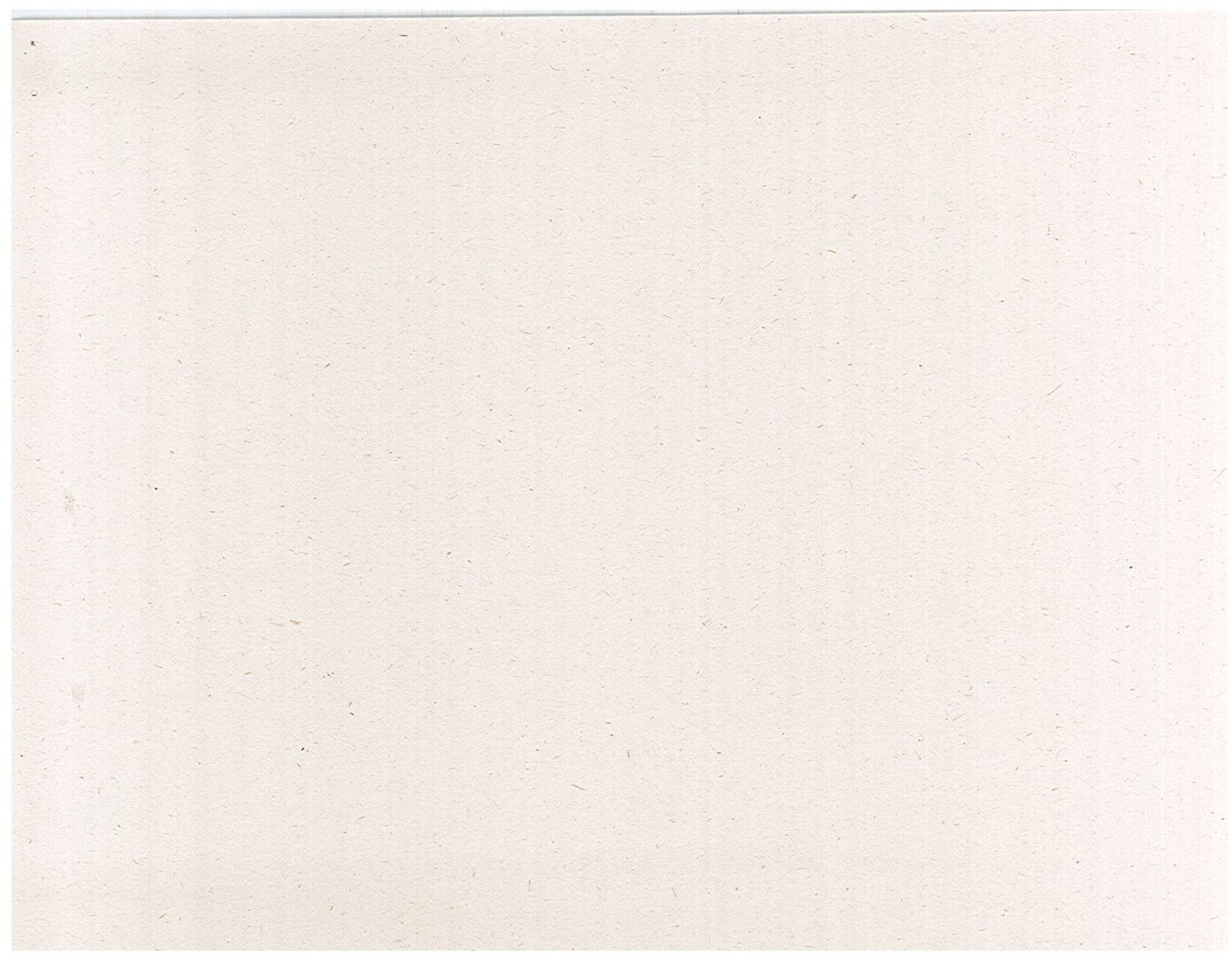
OBJETO: SUMINISTRAR PIEZAS COMUNICATIVAS PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO CO1.PCCNTR.8295757 – PAPSI, SUSCRITO ENTRE EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD – FFDS Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

CRITERIOS POR EVALUAR	PROPONENTE 1
	SUFORMA SAS
	NIT: 816006411-1
	CONDICIÓN
	SI/NO
1. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Jurídica, en cumplimiento de lo establecido	Fecha no ajustada de acuerdo con la Solicitud No diligencia Numeral IV. Información Financiera en su totalidad NO
2. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Natural, Representante Legal, en cumplimiento de lo establecido en la Circular Externa N° 009 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud.	NA
NOTA 3: El formato SARLAFT presentado en la propuesta debe ir en formato PDF con firma y huella dactilar del representante legal, sin modificar la estructura del mismo.	SI
Búsquedas en listas	Proponente aporta RUT
CRITERIO	NO HABILITADO

Nota 1: Teniendo en cuenta la Política Institucional cuyo objeto es: "Contribuir con estrategias para la reducción y buen uso de papel con el fin de mitigar los gastos institucionales y aportar en el cuidado del medio ambiente y responsabilidad social frente a las partes interesadas de la Subred Sur Occidente ESE en cumplimiento de la normatividad vigente". Los documentos para realizar la respectiva verificación se encuentran en la oferta presentada por el proponente al proceso en la Plataforma Electrónica Secop II.


Martha Isabel Ortiz Hurtado
Oficial de Cumplimiento Subred


Daniela Mutis Martinez
Profesional Especializado I
Subproceso Precontractual



SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAT *

Disgüño Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantat 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 realizacion de este proceso es de caratér 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 emanadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

FECHA: 19/11/20223		CIUDAD: PEREIRA		DEPARTAMENTO: RISARALDA	
CLASE O TIPO DE VINCULACION LA EMPRESA (MARCA CON X)					
☐ ASECURADOR	☒ PROVEEDOR	☐ CONTRATISTA	☐ PARTICULAR	☐ OTRO	CUAL:
RAZON SOCIAL: SIFORMA SAS					
REPRESENTANTE LEGAL:		PRIMER APELLIDO: OSPINA	SEGUNDO APELLIDO: MEDINA	NT: 816006411-1	NOMBRES: CARLOS ALFONSO
CEDELA DE CIUDADANIA	☒	NUMERO: 7.553.345	LUGAR DE EXPEDICION	ARMENIA	FECHA EXPEDICION AAAA/MM/DD 07/12/1985
CEDELA DE EXTRANERIA	☐				
FECHA NACIMIENTO AAAA/MM/DD 1967-10-24	LUGAR NACIMIENTO: MONTENEGRO	DEPARTAMENTO: QUINDIO	NACIONALIDAD (1): COLOMBIANA	NACIONALIDAD (2): COLOMBIANO	
DIRECCION DOMICILIO PRINCIPAL: AVENIDA DEL RIO CALLE 23 ESQUINA	CUIDAD: PEREIRA	DEPARTAMENTO: RISARALDA	PAIS: COLOMBIANA	TELEFONOFAX 3108400700	
CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO: siform@hotmail.com	PORTAL/PAGINA INTERNET:				
DIRECCION SUCURSAL/AGENCIA:	CUIDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONOFAX	
TIPO DE EMPRESA:					
☐ PUBLICA	☐ INDUSTRIAL	☐ AGRICOLA	☐ SERVICIOS DE SALUD	CUAL:	
☐ MIXTA	☒ COMERCIAL	☐ FARMACEUTICA	☐ SERVICIOS FINANCIEROS		
☒ PRIVADA	☐ ASECURADOR	☐ TRANSPORTES	☐ OTRA:		
☐ EXTRANIERA	☐ SERVICIOS				
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	RENTA CORRIE	(SI) ☒ (NO) ☐	IVA	(SI) ☐ (NO) ☐	LCA (SI) ☐ (NO) ☐
GRAN CONTRIBUYENTE	SI ☐ NO ☒	AGENTE RETENEDOR	SI ☐ NO ☒	AGENTE AUTORETENEDOR	SI ☐ NO ☒
II. DECLARACION PERSONA PUBLICAMENTE EXPUESTA (PEPS)					
POR SU CARGO O ACTIVIDAD ADMINISTRATIVA O TIENE A SU CARGO EL MANEJO DE RECURSOS PUBLICOS			SI ☐ NO ☒		
POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUN GRADO O TIPO DE PODER PUBLICO			SI ☐ NO ☒		
POR SU ACTIVIDAD, OCUPACION U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PUBLICO GENERAL			SI ☐ NO ☒		
ES ESTADO SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAIS DIFERENTE A COLOMBIA			SI ☐ NO ☒		
SI contestó afirmativamente alguna de las anteriores preguntas, por favor, especifique:					
III. IDENTIFICACION DE ACCIONISTAS, SOCIOS, ASOCIADOS QUE SEAN TITULARES DE MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APOORTE O PARTICIPACION					
NOMBRE COMPLETO O RAZON SOCIAL (DE REQUERIR UTILICE ANEXO)		TIPO DE IDENTIFICACION		NUMERO IDENTIFICACION	
CARLOS ALFONSO OSPINA MEDINA		70,00%		7.553.345	
CESAR VLADIMIR OSPINA MEDINA		30,00%		10.025.099	
		C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ NI ☐ OTRO ☐			
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NI ☐ OTRO ☐			
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NI ☐ OTRO ☐			
IV. INFORMACION FINANCIERA					
INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES		INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES		INGRESOS TOTALES	
		2.022.861		5.330.005.205	
EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES		EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES		EGRESOS TOTALES	
				1.820.109.198	



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.
ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO
FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA JURIDICA

CÓDIGO: ET-CA-FT-022
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES			
CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES:0		0	
CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES:		N/A	
DIFERENCIA EN CAMBIO			
N/A			
V. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES			
REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA:			
SI ☐ NO ☒			
IMPORTACIONES ☐ EXPORTACIONES ☐ INVERSIONES ☐			
REDESCUENTO ☐ LEASING ☐ TRASFERENCIAS ☐			
PRESTAMOS MODENA ☐ PAGOS SERVICIOS ☐ OTRAS ☐			
Especifique cual:			
<div></div>			
EXTRANJERA			
TIPO PRODUCTO			
No DEL PRODUCTO			
ENTIDAD			
MONTO OPERACION			
PAIS			
CIUDAD			
MONEDA			

VI. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Declaro expresamente que:

1. Los recursos que posee la Empresa provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupacion, oficio, actividad o negocio) ingresos por servicios prestados de acuerdo al objeto de la empresa - Publicidad

VII. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.
2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
3. Fotocopia del documento de identificación del Representante legal de la Empresa.
4. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado.
5. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.

AFIDELADO

Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.

VIII. AUTORIZACION DE USO DE INFORMACION

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 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 principio su utilización no requeriría 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 tratarán 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, emítase 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, teléfono 7560505 Cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:

1. Que para efectos de 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.

II. 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, deudor, contraparte contractual 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 cuentas. 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 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 Tax 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 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 la finalidad mencionada 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 contrapartes 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 UIAF, Fascoolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente 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 he sido obligado 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 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 incluyen en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se comparten, transfieren, 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 sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud **Calle 2 No 39-46, Bogotá DC, Teléfono 7560505 E-mail: atencionalcliente@subredsuroccidente.gov.co** y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.

9. AUTORIZACION: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizo, 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.

K. FIRMA Y HUELLA



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO
FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA JURÍDICA

CÓDIGO: ET-CA-FT-022
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

CONO 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

Acreditación:

Firma del representante legal del proponente:
CARLOS ALONSO OSUNA MICHAN
Representante legal
CC 7.553.345 de Armenia
Tel. 3333393

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA		XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION	
1. Fecha	2. Ciudad	1. Fecha	2. Ciudad
3. Nombre del funcionario o Asesor		3. Nombre y Cargo de quien verifica:	
4. Lugar de la Entrevista:		4. Lugar de la verificación:	
5. Observaciones:		5. Observaciones:	
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐ RECHAZADO ☐	6. Firma y cédula:	
7. Firma y Cédula			

