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

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIO

FECHA:	NOVIEMBRE 2025	**CIUDAD:**	Bogota D.C

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad cor
Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Oc
Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de La

CLASE O TIPO DE VINCULACION LA EMPRESA (MARCA CO

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	**SEGUNDO APELLIDO:**	**PRIMER NOM**
HERNANDEZ	**PACHECO**	**NADIA**

TIPO DE IDENTIFICACION				**No IDENTIFICACION**	**LUGAR (Ciud**
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	52972007	BOGOTA D.C
PASAPORTE ☐		OTRO ☐			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? **SI**

FECHA NACIMIENTO:	**LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)**	**PAIS NACIMIE**
22/12/1982	ALVARADO/ TOLIMA	**Colombia**

ESTADO CIVIL

SOLTERO(A)	X	CASADO(A)		DIVORCIADO(A)		UNION LIBRE		UDO(A)		

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMEN
Carrera 79H #56A - 13sur	**Bogota D.C**	**Bogota D.C**

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET
pachecoyamile27@gmail.com	**N/A**

DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD:	DEPARTAME
N/A	**N/A**	**N/A**

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOM
N/A	**N/A**	**N/A**

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR (Ciud
C.C.	C.E.	R.C.	NUIP	N/A	N/A
PASAPORTE		OTRO	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA:

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	**DECLARA RENTA**	**SI** ☐ **NO** ☒	**IVA**	**SI** ☐
			ICA	**SI** ☐
GRAN CONTRIBUYENTE	**SI** ☐ **NO** ☒	**AGENTE RETENEDOR**		

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

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

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ NANCIERA ☐ RANSPORTE ☐ CNOLOGIA ☐ IMENTOS ME

OTRA ☐ CUAL:

DIRECION DE LA EMPRESA	**TELEFONO**	**CIUDAD/MUNIC**
Cl. 73 Sur #KR 103, Bosa, Bogotá		Bogota D.C

CARGO ACTUAL	Enfermera

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES	$ 800.000
HONORARIOS	$ 1.855.600	ARRIENDOS	$ 800.000
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	$ 1.800.000
TOTAL INGRESOS	**$ 1.855.600**	**TOTAL EGRESOS**	**$ 3.400.000**

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 Hora

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:
Vela	**Ochoa**
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**
Calle 62d sur #68c-54	**Bogota/ Colombia**

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO
BANCO DAVIVIENDA	**CUENTA DE AHORROS**

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: **SI** **NO** [X]

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACI ☐ 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, reali
DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circula
de las 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

AUXILIAR DE ENFERMERIA

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
ni 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
DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de
documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD**
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 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 últimc

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.(P
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 bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrori 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 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 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 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 Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimier 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 Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de e Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envió de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (I DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) 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 p
de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos
Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, e
celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Uni
celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la admin
selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios t
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
efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Título I de la Circula
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

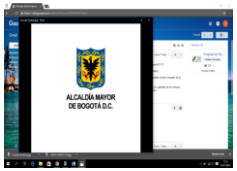
7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de
revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la informació
Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encarga
entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur C
39-46, Bogotá, Teléfono 7560505 Ext. 1601) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para
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 nece
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 INFORMACIO
ES EXACTA Y VERIDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO



Firma Cliente / Representante Legal

2	
1/11/2025	
18-02-FO-0011	

N DEL TERRORISMO - SARLAFT			
DEPARTAMENTO:	BOgota D.C		
ı 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 ıvado de Activos y Financiación del Terrorismo.			
)N X)			
☐	**OTRO** ☐	**CUAL:**	
MBRE	**SEGUNDO NOMBRE**		
	YAMILE		
R EXPEDICION **lad/Municipio)**		**FECHA EXPEDICION** **(AAAA/MM/DD)**	
		20/02/2001	
☒ **NO** ☐			
ENTO	**NACIONALIDAD:**		
	Colombiana		
PERSONA A CARGO	**NUMERO DE HIJOS**	**TELEFONO CELULAR**	

		N/A
		PROFESION / OFICIO
OTRO ☐ CUAL:		**CONTRATISTA**
NTO:	**PAIS RESIDENCIA:**	**TELEFONO RESIDENCIA**
	Colombia	
	TIPO DE VIVIENDA	
	PROPIA ☐ FAMILIAR ☐	ARRENDAI ☒
NTO:	**PAIS:**	**TELEFONO/FAX**
	N/A	**N/A**
IBRE	**SEGUNDO NOMBRE**	
	N/A	
R EXPEDICION lad/Municipio)	**FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)**	
	N/A	
SI N ☐ ☐	NACIONALIDAD:	

	CUAL:	
NO X	CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA 8699	8692
NO X	PRINCIPAL: X	SECUNDARIA:
SI NO X	AGENTE AUTORETENEDOR	SI NO X

O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA		
IOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.		
ALUD X	# NIT	900.959.048-4
CAMENTOS		

IPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
	Bogota D.C	Colombia
	FECHA VINCULACION	2025-02-01

CION 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

rio Laboral)

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Daniel	**Andres**
TIPO RELACION	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
Amigo	**3182218471**

NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
0570006180477181	**VIRTUAL**	

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

☐ TRA ☐ **CUAL:**

iza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la **SUBRED INTEGRADA**
ır Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y

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),

se destinaran a actividades licitas.

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

DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE.

ıciones + declaración de renta si es declarante.

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

ɔs tres meses + declaración de renta si es declarante

'ara Comerciantes)

caso.(Obligados a llevar contabilidad)

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

es impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares

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

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

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
nto de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La
requisitos para accederé a los servicios de salud del Sistema General de
s técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de
encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus
RS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia -
Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales

ara la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad
y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las
ntre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de
idades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la
istración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la
técnicos y estadísticos.
nsferencias 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
ar Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular

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
idos del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan,
Occidente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud ***(Calle 9 No.***
a efectos de la prevención y control del fraude***.(INDICAR***

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

N QUE HE SUMINISTRADO



Huella Índice Derecho