	FORMATO SARLAFT	Versión:	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	22/05/2025	
		Código:	18-02-FO-0011	

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT

FECHA:	2025-1-10	CIUDAD	BOGOTA	DEPARTAMENTO	CUNDINAMARCA

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 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 VINCULACION LA EMPRESA (MARCA CON X)

PROVEEDOR		PARTICULAR		CONTRATISTA 68%	X	SERVIDOR PUBLICO		OTRO		CUAL:	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
BARATIVA	BELLO	KAROL	XIMENA		

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad-Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C X	C.E	R.C	NUIP	53167775	BOGOTA - CUNDINAMARCA	1995-01-16
PASAPORTE		OTRO			ES RESIDENTE EN COLOMBIA X SI NO	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad-Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1976-12-27	BOGOTA	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL						PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A)		CASADO(A)	X	DIVORCIADO(A)		UNION LIBRE	VIUDO(A)	1	2	3017118348

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA								PROFESION / OFICIO
MAGISTER	POSGRADO	UNIVERSITARIO	BACHILLER X	PRIMARIA	TECNICO	TECNOLOGO	OTRO CUAL	CONTRATISTA

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO	PAIS RESIDENCIA	TELEFONO RESIDENCIA
CARRERA 79B NO. 46 - 70 SUR BLOQ P APTO 514	BOGOTÁ	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	3017118348

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
troldana@gmail.com		PROPIA	FAMILIAR X	ARRENDADA

DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
OSORIO	ARISTIZABAL	JOSE	DARIO

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad-Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C X	C.E	R.C	NUIP	91232737	BUCARAMANGA		
PASAPORTE		OTRO	CUAL		ES RESIDENTE EN COLOMBIA X NO	NACIONALIDAD:	COLOMBIA

	FORMATO SARLAFT	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	22/05/2025	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Código:	18-02-FO-0011	

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO	ESTUDIANTE		PENSIONADO		
RADICE	CONTRATISTA	X	EMPLEADO PUBLICO		
OCCASIONAL MENSUALMENTE	INDEPENDIENTE SOCIO		OTRA.....		CUAL:

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE	RETENEDOR RENTA	SI	IVA	SI	NO	CODIGO CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	8299
		NO X	ICA	SI	NO	PRINCIPAL: SI X	SECUNDARIA:

GRAN CONTRIBUYENTE?	SI NO	AGENTE RETENEDOR	SI NO	AGENTE AUTORETENEDOR	SI NO

PERSONA EXPUESTA PUBLICAMENTE	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 PRINCIPAL DE LA EMPRESA DONDE LABORA	CONDUCTOR	PROFESOR	CUAL	# NIT	900.959.018-1

EXPORTACIONES AGRICOLA ENERGETICA BANCARIA TRANSPORTE PETROLERA MINERIA MEDICAMENTOS

OTRA CUAL

DIRECCION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

CARGO ACTUAL	CONTRATISTA	FECHA VINCULACION	N/A

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIO	$ 0	GASTOS FAMILIARES	$ 3.725.766	AHORROS	$ 0	HIPOTECA	$ 0
HONORARIOS	$ 3.725.766	ARRIENDOS	$ 0	INVERSIONES	$ 0	CUENTAS POR PAGAR	$ 0
ARRIENDOS	$ 0	CUOTA VEHICULO	$ 0	VEHICULOS	$ 0	CUOTA VEHICULOS	$ 0
CESANTIAS	$ 0	CUOTA VIVIENDA	$ 0	PROPIEDADES	$ 150.000.000	PRESTAMOS	$ 0
OTROS INGRESOS	$ 0	OTROS EGRESOS	$ 0	OTROS ACTIVOS	$ 0	OTROS PASIVOS	$ 0
TOTAL INGRESOS	$ 3.725.766	TOTAL EGRESOS	$ 3.725.766	TOTAL ACTIVOS	$ 150.000.000	TOTAL PASIVOS	$ 0

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS
N/A	N/A	N/A	N/A

6. REFERENCIAS PERSONALES

(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
ROZO	DOMINGUEZ	DIANA	PATRICIA
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION Y CELULAR
	BOGOTÁ - CUNDINAMARCA	AMIGA	3008859787

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI NO X

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAIS CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS:

IMPORTACION EXPORTACION TRANSFERENCIAS PRESTAMOS PAGO SERVICIOS OTRO CUAL:

	FORMATO SARLAFT	Versión:	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	22/05/2025	
		Codigo:	18-02-FO-0011	

8. DECLARACIÓN DEL ORIGEN DE LOS DINEROS ENTREGADOS

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 manera de todas 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 entregue y entregaré a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE** provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

TRABAJADORA SOCIAL

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano **(Ley 599 de 2000 o cualquier norma que la adicione complemente o modifique)**
3. No admitiré 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 la adicione complemente o modifique)** 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** se destinaran 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 por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo 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 fueren requeridos por la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE.**

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 retenciones + declaración de renta si es declarante
Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante
Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Certificación 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 Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaración de Renta del ultimo período 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 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 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 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 lo 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 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 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 procedo a emitir la siguiente:

	FORMATO SARLAFT	Versión:	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	22/05/2025	
		Código:	18-02-FO-0011	

AUTORIZACIÓN

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 ubicada en la Calle 9 No 19-46 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 la ESE y/o sus Unidades Prestadas de Servicios de Salud para las siguientes finalidades a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor cliente deudor contraparte contractual Servidor Publico 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 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) 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 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 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 medica 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 compraventa de bienes y servicios d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros e) A la UIAF Fiscalía y/o 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 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 suprimir las informaciones que se hayan recogido sobre mi

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 compartan transfieran transmitan 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 Occidente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud *(Calle 9 No. 39-46, Bogotá, Teléfono 7560505 Ext. 1601)* y cualquier otra persona jurídica legalmente 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. 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 HUELLA

COMO 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

Firma Cliente Representante Legal

Huella Índice Derecho