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

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIO			
FECHA:	2025-01-11	**CIUDAD:**	BGOTÁ 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 Occ
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 CC			
PROVEEDOR ☐	**PARTICULAR** ☐	**CONTRATISTA OPS** ☒	**SERVIDOR PUBLICO**

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL		
PRIMER APELLIDO	**SEGUNDO APELLIDO:**	**PRIMER NOM**
RINCON	**MARIÑO**	**GISELLA**

TIPO DE IDENTIFICACION				**No IDENTIFICACION**	**LUGAR (Ciud**
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	1016114709	BOGOTA D.C.
PASAPORTE ☐		OTRO ☐			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? **SI**

FECHA NACIMIENTO:	**LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)**	**PAIS NACIMIE**
1999-10-22	BOGOTÁ.D.C	**COLOMBIA**

ESTADO CIVIL

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

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA

MAGISTER	POSGRADO	UNIVERSITARIO	BACHILLER	PRIMARIA	TECNICO	TECNOLOGO
		X				

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMEN
CL 61 SUR 86 F 03	BOGOTA	BOGOTA

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET
grinconmunal.edu.co	NA

DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD:	DEPARTAME
NA	NA	

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOM
NA	**NA**	**NA**

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

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

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

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

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO ☐	SERVICIOS ☐	SA
EXPORTACIONES ☐	AGRICOLA ☐	ENERGETICA ☐	NANCIERA ☐	LANSPORTE ☐	NOLOGIA ☐	MENTOS	ME
OTRA ☐	CUAL:							

DIRECION DE LA EMPRESA	**TELEFONO**	**CIUDAD/MUNIC**

CARGO ACTUAL	

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	$ 1.000.000
HONORARIOS	$ 3.900.000	ARRIENDOS	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	$ 1.000.000
TOTAL INGRESOS	**$ 3.900.000**	**TOTAL EGRESOS**	**$ 2.000.000**

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS
N/A	N/A

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:
MARIÑO	**DAZA**
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**
CL 61 SUR 86 F 03	BOGOTA

7. REFERENCIA FINANCIERA

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

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI NO

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 Circul
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

POPOPOP

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

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,CONSULTA FINANCIERA, CREDITICA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTAD

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 Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de cont pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos par Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector sa usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacció 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 Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de informació 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, en
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 admini
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 confo
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 O
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.

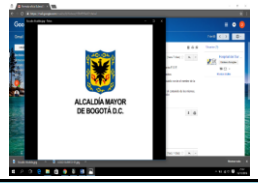
IX. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFO
SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERIDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCU



Firma Cliente / Representante Legal

II

2	
22/10/2025	
18-02-FO-0011	

N DEL TERRORISMO - SARLAFT

DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA

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
vado de Activos y Financiación del Terrorismo.

ON X)

☐	**OTRO** ☐	**CUAL:**

MBRE	**SEGUNDO NOMBRE**		
	STEFANY		

R EXPEDICION **lad/Municipio)**	**FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)**
	2018-01-25

☒ **NO** ☐

ENTO	**NACIONALIDAD:**
	COLOMBIANA

PERSONA A CARGO	**NUMERO DE HIJOS**	**TELEFONO CELULAR**

N.A	N.A	3115381459
		PROFESION / OFICIO
OTRO ☐	CUAL:	**CONTRATISTA**
NTO:	**PAIS RESIDENCIA:**	**TELEFONO RESIDENCIA**
	COLOMBIANA	NA
	TIPO DE VIVIENDA	
	PROPIA ☐ FAMILIAR ☒ ARRENDADA ☐	
NTO:	**PAIS:**	**TELEFONO/FAX**
NA		
IBRE	**SEGUNDO NOMBRE**	
	NA	
R EXPEDICION **lad/Municipio)**	**FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)**	
	NA	
SI ☐ ☐	NACIONALIDAD:	

NO	CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONOMICA 8699	
NO	PRINCIPAL:	SECUNDARIA:
SI NO	AGENTE AUTORETENEDOR	SI NO

NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA

CIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

LUD	**# NIT**	900.959.048-4
AMENTOS		

CIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
	FECHA VINCULACION	

CION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD

ACTIVOS		PASIVOS	
AHORROS		SALDO HIPOTECA	
INVERSIONES		TARJETAS DE CREDI	$ 400.000
VEHICULOS	$ 7.000.000	DEUDA VEHICULOS	
PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	$ 1.000.000
OTROS ACTIVOS*	$ 800.000	OTROS PASIVOS*	
TOTAL ACTIVOS	**$ 7.800.000**	**TOTAL PASIVOS**	**$ 1.400.000**

DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS
N/A	DEUDA DAVIVIENDA

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
OMAIRA	

TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
MADRE	3212348831

NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
N/A	N/A	N/A

X

PAIS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO

N/A	N/A N/A
RA	**CUAL:**

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

las 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.

dación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la **SUBRED**
eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a
OS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE de toda responsabilidad que se

DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE.

ıciones + declaración de renta si es declarante.

ıdo 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)

R 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

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 Unidades
tratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y
a accederé a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en
alud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y
n en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de
Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del
ón en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m)

)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
dades 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
écnicos y estadísticos.
ansferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del

)rmidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a
special, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para
r 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
dos del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan,
)ccidente 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,

)RMACION QUE HE
MENTO



Huella Índice Derecho

II