

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL				CÓDIGO: ET-CA-FT-011 VERSIÓN: 03 FECHA: 2018-12-31																			
SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)																									
FECHA:		10/12/2020		CIUDAD:		Bogota DC		DEPARTAMENTO:		Cundinamarca															
Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, 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 Centro Oriente 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 OPS		☒		SERVIDOR PUBLICO		☐		OTRO		☐		CUAL:					
1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL																									
PRIMER APELLIDO				SEGUNDO APELLIDO:				PRIMER NOMBRE				SEGUNDO NOMBRE													
Guevara				Torres				Cindy				Yurany													
TIPO DE IDENTIFICACION(Marcar con X)				No IDENTIFICACION				LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio/Departamento)				FECHA EXPEDICION (DD-MM-AAAA)													
C.C.		☒		C.E.		☐		R.C.		☐		NUIP		☐		1.071'302.861		Quetame		Cundinamarca		24/07/2008			
PASAPORTE		☐		OTRO		☐		CUAL:				ES RESIDENTE EN COLOMBIA?		SI		☒		NO		☐					
FECHA NACIMIENTO DD-MM-AAAA:				LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio/Departamento)				PAIS NACIMIENTO				NACIONALIDAD													
21/07/1990				Bogota				Cundinamarca				Colombia				Colombiana									
ESTADO CIVIL (Marcar Con X)								PERSONAS A CARGO		NUMERO DE HIJOS		TELEFONO FIJO/ CELULAR													
SOLTERO(A)		☐		CASADO(A)		☒		DEVORCIADO(A)		☐		UNION LIBRE		☐		VIUDO(A)		☐		1		1		3214676338	
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA (Marcar con X)												PROFESION/ OFICIO													
PRIMARIA		☐		BACHILLER		☐		TECNICO		☐		TECNOLOGO		☐		CUAL:									
UNIVERSITARIO		☒		POSTGRADO		☐		MAGISTER		☐		OTRO		☐											
DIRECCION RESIDENCIA:				CIUDAD RESIDENCIA				DEPARTAMENTO:				PAIS RESIDENCIA:				TELEFONO RESIDENCIA									
Calle 53 # 37A - 24 Sur				Bogota				Cundinamarca				Colombia				3214676338									
CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:						PORTAL O PAGINA INTERNET						TIPO DE VIVIENDA(Marca con X)													
cindyguet20@hotmail.com												PROPIA		☐		FAMILIAR		☒		ARRENDADA		☐			
DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)						CIUDAD:				DEPARTAMENTO:				PAIS:				TELEFONO/FAX							
2. DATOS DEL CONYUGE																									
PRIMER APELLIDO				SEGUNDO APELLIDO:				PRIMER NOMBRE				SEGUNDO NOMBRE													
Romero				Rozo				Edward				Augusto													
TIPO DE IDENTIFICACION(Marcar con X)				NUMERO IDENTIFICACION				LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio/Departamento)				FECHA EXPEDICION (DD-MM-AAAA)													
C.C.		☒		C.E.		☐		R.C.		☐		NUIP		☐		1.074'130.211		Cáqueza		Cundinamarca		06/07/2006			
PASAPORTE		☐		OTRO		☐		CUAL:				ES RESIDENTE EN COLOMBIA:		SI		☒		NO		☐		NACIONALIDAD:		Colombiano	
3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA (Marcar con X):																									
ASALARIADO		☐		CONTRATISTA		☒		PENSIONADO		☐		ESTUDIANTE		☐		SOCIO		☐		PROFESIONAL INDEPENDIENTE		☐			
HOGAR		☐		COMERCIANTE		☐		EMPLEADO SOCIO		☐		EMPLEADO PUBLICO		☐		OTRA:		☐		CUAL:					
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:		DECLARA RENTA		SI		☐		IVA		SI		☐		NO		☐		CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONOMICA (DIGITAR CODIGO)							
				NO		☒		ICA		SI		☐		NO		☐		PRINCIPAL:		8692		SECUNDARIA:			
GRAN CONTRIBUYENTE		SI		☐		NO		☐		AGENTE RETENEDOR				SI		☐		AGENTE AUTORETENEDOR				SI		☐	
														NO		☒						NO		☒	

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)											
FUNCIONARIO PUBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS			NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA				NIT		
SI ☐ NO ☒		SI ☐ NO ☒									
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA			GOBIERNO ☐		COMERCIAL ☐	SERVICIOS ☐	SALUD ☐	ENERGIA ☐	ALIMENTOS ☐		
EXPORTACIONES ☐	FINANCIERA ☐		MEDICAMENTOS ☐		AGROPECUARIA ☐	INDUSTRIAL ☐	TECNOLOGIA ☐	OTRA : ☐			
DIRECCION DE LA EMPRESA		TELEFONO FIJO/CELULAR			CIUDAD/MUNICIPIO		DEPARTAMENTO		PAIS		
CARGO ACTUAL							FECHA VINCULACION (DD-MM-AAAA)				
4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO											
NUMERO DE EMPLEADOS		VENTAS ANUALES		CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL		DESCRIPCION ACTIVIDAD		FECHA CONSTITUCION (DD-MM-AAAA)	TIPO SOCIEDAD		
5. INFORMACIÓN FINANCIERA (PESOS \$)											
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES			ACTIVOS		PASIVOS				
SALARIOS	\$	-	GASTOS FAMILIARES	\$	400,000	AHORROS	\$	5,000,000	SALDO HIPOTECA	\$	-
HONORARIOS	\$	-	ARRIENDOS	\$	600,000	INVERSIONES	\$	-	TARJETAS DE CREDITO	\$	-
ARRIENDOS	\$	-	CUOTA VEHICULO	\$	-	VEHICULOS	\$	-	DEUDA VEHICULOS	\$	-
COMISIONES	\$	-	CUOTA VIVIENDA	\$	-	PROPIEDADES	\$	-	DEUDAS TERCEROS	\$	-
OTROS INGRESOS*	\$	-	OTROS EGRESOS*	\$	500,000	OTROS ACTIVOS*	\$	-	OTROS PASIVOS*	\$	-
TOTAL INGRESOS	\$	-	TOTAL EGRESOS	\$	1,500,000	TOTAL ACTIVOS	\$	5,000,000	TOTAL PASIVOS	\$	-
DESCRIPCION OTROS INGRESOS			DESCRIPCION OTROS EGRESOS			DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS			
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				
Clavijo		Torres			Sandra		Milena				
DIRECCION		CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS			TIPO RELACION		TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR				
		Bogota			Prima		3133863110				
7. REFERENCIA FINANCIERA											
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO			NUMERO	SUCURSAL		TELEFONO			
Bancolombia		Cuenta de Ahorros			10804014905	Plaza de las Americas		3430000			
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒ (Marcar con X)											
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO			NUMERO	CIUDAD/PAIS		MONEDA	MONTO		
IMPORTACION ☐	EXPORTACION ☐	TRANSFERENCIA ☐	PAGO SERVICIOS ☐	PRESTAMO ☐	OTRO ☐	CUAL:					
8. INFORMACION COMERCIAL (Marcar con X)											
POR QUE MEDIO O CANAL CONOCIO SOBRE LOS SERVICIOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE			CORRESPONDECIA ☐	PUBLICIDAD ENTIDAD ☐	MERCADEO ☐	INTERNET ☐	BASE DE DATOS ☐	EVENTOS ☐			
OTRA ☐	CUAL:		REFERENCIADO CLIENTE NUEVO ☐	REFERENCIADO CLIENTE ANTIGUO ☒	INVITACION A COTIZAR ☐	PORTAL WEB SUBRED ☐	LLAMADA TELEFONICA ☐	PORTALES EMPLEO ☐			
9. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS											
<p>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 CENTRO ORIENTE 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”:</p> <p>1. Que los recursos que entregue y entregaré a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):</p> <div><div>Enfermera</div></div> <p>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, complemento o modifique)</p> <p>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, complemento o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.</p> <p>4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinaran a actividades lícitas.</p> <p>5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.</p> <p>6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE 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, modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE 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.</p> <p>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 CENTRO ORIENTE ESE.</p>											

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)	
10. DOCUMENTOS REQUERIDOS	
<p>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.</p> <p>Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.</p> <p>Profesional Independiente/Contratistas 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</p> <p>Nota: Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia legible de la tarjeta profesional del Contador Público.</p> <p>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</p>	
<p>1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes)</p> <p>2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.</p> <p>3. Fotocopia Inscripción en el Rit Distrital.</p> <p>4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.</p> <p>5. Fotocopia Declaración de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)</p> <p>6. Estados Financieros del ultimo año, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)</p> <p>APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.</p> <p>NOTA: Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)</p>	
11. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO. AUTORIZACION 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 PROVENIENTES DE OTROS PAISES.	
<p>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.</p> <p>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 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.</p> <p>3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.</p> <p>4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:</p>	
AUTORIZACION	
<p>Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 4 3, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.</p> <p>Declaro expresamente:</p> <p>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.</p> <p>B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:</p> <p>1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por le ESE y/o sus Unidades Prestados 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) 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.</p> <p>2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.</p>	
<p>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 compra-venta 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, Fasecolda, 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.</p> <p>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.</p> <p>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 capitulo 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.</p> <p>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.</p>	
<p>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 mi.</p> <p>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 Centro Oriente 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 lo previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud <u>(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, teléfono 344 44 84 , e-mail sarlaft@subredcentrooriente.gov.co)</u> y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.</p> <p>9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizado, 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.</p> <p>NOTA: Si desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".</p>	
11. FIRMA Y HUELLA	
<p>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 EN CONSTANCIA FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO</p> <div><div><div>Cindy Guevara Torres</div><div>Firma Cliente / Representante Legal</div></div><div><div></div><div>Huella Índice Derecho</div></div></div>	
12. INFORMACION DE ENTREVISTA	13. VERIFICACION DE LA INFORMACION

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)							
1.Fecha y Hora:		2. Ciudad		1. Fecha y Hora:		2. Ciudad	
3.Nombre del funcionario Subred				3. Nombre y Cargo (Contraparte)			
4. Lugar de la Entrevista:				4. Lugar de la verificación:			
5. Observaciones:				5. Observaciones:			
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO	☐	RECHAZADO	☐	6. Firma y No Cédula:		
7. Firma y Cédula				7. Nombre Apellidos Funcionario Subred			
8. Proceso Responsable Subred				8. Proceso Responsable Subred			