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 NATURAL

CÓDIGO:
VERSIÓN
FECHA:

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

FECHA:	2026-05-11	CIUDAD:	BOGOTA	DEPARTAMENTO:	BOGOTA D.C.

Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2 Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios d ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Siste del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

CLASE O TIPO DE VINCULACION LA EMPRESA (MARCA CON X)

PROVEEDOR	PARTICULAR	CONTRATISTA OPS	SERVIDOR PUBLICO	OTRO	CUAL:
		X			

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
AGUILLON	GUTIERREZ	JUAN	DE JESUS

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)			FECHA EXP (AAAA/M
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	19,338,690	BOGOTA D.C.			1977-0
PASAPORTE	OTRO	CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA?	SI X	NO	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1957-09-27	CURITI / SANTANDER	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL				PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS
SOLTERO(A)	CASADO(A) X	DIVORCIADO(A)	UNION LIBRE	0	3
VIUDO(A)					

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA

MAGISTER	POSGRADO	UNIVERSITARIO	BACHILLER	PRIMARIA	CUAL:	
TECNICO X	TECNOLOGO			OTRO		-

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:
CALLE 49 A SUR # 37 - 19	BOGOTÁ	BOGOTA D.C.	COLOMBIA

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA	
aguillonhe@hotmail.com	-	PROPIA x	FAMILIAR

DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:
CALLE 49 A SUR # 37 - 19	BOGOTÁ	BOGOTA D.C.	COLOMBIA

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
HERNANDEZ	SANDOVAL	ANA	SOFIA

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	.	FECHA EXP (AAAA/M
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	39,718,531	BOGOTÁ	1984-1
PASAPORTE	OTRO	CUAL:		-	ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI X NO	NACIONALIDAD:

3. INFORMACION ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO	ESTUDIANTE	HOGAR	PENSIONADO X	CUAL:	CARPINTERO PI
SOCIO	CONTRATISTA	COMERCIANTE	EMPLEADO PUBLICO		
PROFESIONAL INDEPENDIENTE	EMPLEADO SOCIO		OTRA.		

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA		IVA			ACTIVID	
	SI X	NO	SI X	NO	3110	4330	
	NO		ICA SI X	NO	PRINCIPAL: X	SECUNDARIA:	

GRAN CONTRIBUYENTE		AGENTE RETENEDOR		AGENTE AUTORETENEDOR
SI	NO X		SI NO X	

FUNCIONARIO PUBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONO
SI	NO X	SI	NO X	JUAN AGUILLÓN CARPINTERIA PROFESIONAL

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA						NIT
	GOBIERNO	COMERCIAL	SERVICIOS X	SALUD		
EXPORTACIONES	AGRICOLA	ENERGETICO	FINANCIERA	TRANSPORTE	TECNOLOGIA	ALIMENTOS	MEDICAMENTOS
OTRA X	CUAL:	SERVICIOS				

DIRECCION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
CALLE 49 A SUR # 37 - 19	319 497 6594	BOGOTÁ	BOGOTÁ D.C.

CARGO ACTUAL	REPRESENTANTE LEGAL	FECHA VINCULACION(AAAA/MM/DD)

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD		FECHA
-	-	-	-	-	-

5. INFORMACIÓN FINANCIERA ($ PESOS)

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASI
SALARIOS	26,544,833	GASTOS FAMILIARES	14,923,957	AHORROS	250,525,547	SALDO HIPOTECA
HONORARIOS	0	ARRIENDOS	0	INVERSIONES	-	TARJETAS DE CREDITO
ARRIENDOS	0	CUOTA VEHICULO	0	VEHICULOS	-	DEUDA VEHICULOS
COMISIONES	0	CUOTA VIVIENDA	0	PROPIEDADES	-	DEUDAS TERCEROS
OTROS INGRESOS*	0	OTROS EGRESOS*	0	OTROS ACTIVOS*	-	OTROS PASIVOS*
TOTAL INGRESOS	26,544,833	TOTAL EGRESOS	14,923,957	TOTAL ACTIVOS	250,525,547	TOTAL PASIVOS
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION O

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 NATURAL

CÓDIGO:
VERSIÓN
FECHA:

-	-	-	ACREE

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
CHAVEZ	MUÑOZ	ROCIO	-
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O E**
USAQUEN	BOGOTÁ D.C.	COMERCIAL	313 251

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL
BANCO CAJA SOCIAL	AHORROS	24501891774	VENECIA

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒ X

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA
-	-	-	-	-

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS:
IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐ **CUAL:** --

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, realiza la siguiente de fondos a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.**, con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al 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 E.S.E.,** provienen de las siguientes fuent profesión, negocio, etc.): DE MI ACTIVIDAD ECONOMICA DETALLADA EN LA CAMRA DE COMERCIO Y SOPORTADA POR MIS ESTADOS FINANCIEROS.

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complem
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 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 E.S.E., se destinaran a actividad
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 E.S.E., a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el ev 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 SUBR SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en e 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 SERVICI OCCIDENTE E.S.E..

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado:Certificación laboral no mayor a 30 dias o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + decl 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: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo d de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público **certificados + declaración de renta si es declarante Nota:** Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del cont
Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los ultimos tres meses + dec declarante

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) dias, expedido por la Camara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaracion 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 segun sea el caso.(Obligados a ll
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 INFORMACIÓ BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PRO PAISES.

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion 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 y que se encuentra 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 financia por lo que en principio su utilizacion no requeriria 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 tambien seran tratados para fines comercials, razon 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, ubicada en la Calle 7560505 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, de suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestacion de servicios de salud.
B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
1. FINALIDAD DE [illegible] DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Sal finalidades: a) El trata[illegible] culación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de El proceso de negociacion de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinacion de tarifas y analisis y s La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accedere a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La el técnicos , estadisticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envio de información relativa a encuestas de sa usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfiecion en los servicios y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) ; 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 aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos 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 finanlidades peronas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cump obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañia abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contrat 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 celebracion de co reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y estadisticos
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en deteminadas situaciones es necesario realizar transferencias intern para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES: Que son ficultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la defini 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 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 consideras del Titulo I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las misr
6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son ficultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En 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 d derecho a conocer, actualizar, rectificar, 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 información son la Subred Int 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 ca Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) l Servicios de Salud Sur Occidente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud ***Calle 9 No. 39-46 Bogotá DC, telefono dirfinanciera@subredsuroccidente.gov.co*** y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención
9.AUTORIZACION: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizao, de ser necesario, la transferencia n de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los terminos 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 EN CONSTANCIA FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Firma Cliente / Representante Legal **Huella Indic**

X. INFORMACION DE ENTREVISTA				**XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORM**			
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							

O: ET-CA-FT- 011
)N: 02
: 2017-08-22

.2.2.2.1, de la Circular
e Salud Centro Oriente
ema de Administracion

OTRO

EDICION (M/DD)

)5-10

TELEFONO/CELULAR

3134782194

PROFESION/

Mobiliario en carpinteria madera, aluminio, vidrios

TELEFONO

319 497 6594

ARRENDADA ☐

TELEFONO/FAX

319 497 6594

EDICION (M/DD)

0-27

COLOMBIANA

ROFESIONAL

)0

X

SI ☐
NO X

)MICA

19338690-3

S ☐

PAIS

COLOMBIA

FUNDADOR

TIPO SOCIEDAD

VOS

0
-
-
-
2,029,000
2,029,000

TROS PASIVOS

O: ET-CA-FT- 011
N: 02
: 2017-08-22

DORES

NOMBRE

XTENSION/CELULAR

6291

TELEFONO

BANCO CAJA

MONTO PROMEDIO

claración de fuentes de
respecto en la Circular

es (detalle, ocupación,

mente o modifique)
cualquier norma que lo

ies licitas.

) (s) que me vincule (n)
ential caso de que por
ED INTEGRADA DE
ste documento, o de la

IOS DE SALUD SUR

laración de renta si es

e servicio o constancia
o estados **financieros**
ador legible.
claración de renta si es

evar contabilidad)

N CONTENIDA EN LAS
OVENIENTE DE OTROS

por la Superintedencia

n contenidos en dicha
amiento del terrorismo,

9 No 39 - 46, teléfono

bidamente habilitadas,

ud, para las siguientes
s bienes y servicios. b)
eleccion de riesgos. c)
integral de los bienes
laboración de estudios
atisfacion de clientes y
s prestados por la ESE
y/o a la -Dirección de
a las reglamentaciones
s y la Financiación del

O: ET-CA-FT- 011
)N: 02
: 2017-08-22

mencionadas a: a) Las
limiento de derechos y
s de asistencia medica,
tos de compra-venta de
ntratos de seguros y/o
y control de fraudes, la
s.
nacionales de mis datos

ición legal vigente. En
sensibles, en especial,
ión que el capitulo XI
nas.
onsecuencia, no hemos

e 2012. En especial, el

egrada de Servicios de
so, los encargados del
La Subred Integrada de
7560505 ; ***e-mail***
y control del fraude,
acional e internacional

y Derecho

ACION