

 Ministerio de Salud de la República de Colombia Sur Occidente E.S.E.		FORMATO SARLAFT		Versión: 1		Fecha de aprobación: 24/12/2018 Código: 18-02-FG-0011	
SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARLAFT							
FECHA: 2024-12-15		CIUDAD: BOGOTÁ		DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA			
Destinatario Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitiremos adelantar al Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 3.2.2.2.1, 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 VINCULACIÓN LA EMPRESA (MARCA CON X)							
PROVEEDOR	☐	PARTICULAR	☐	CONTRATISTA	☒	SERVIDOR PÚBLICO	☐
DATOS DE LA PERSONA NATURAL							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		
BUTRAGO		ZABALA		WILLIAM			
TIPO DE IDENTIFICACIÓN							
C.C. ☒		C.E. ☐	R.C. ☐	N.I.P. ☐	No. IDENTIFICACIÓN		
PASAPORTE ☐		OTRO ☐		79574609		LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio)	
FECHA NACIMIENTO:		LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)		PAÍS NACIMIENTO		NACIONALIDAD:	
1972-09-09		BOGOTÁ		COLOMBIA		COLOMBIANA	
ESTADO CIVIL							
SOLTERO/A	☐	CASADO/A	☐	UNION LIBRE	☐	VUELO/A	☐
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA							
MAESTRO	☐	POSGRADO	☐	UNIVERSITARIO	☐	BACHILLER	☐
TECNICO							
TECNOLÓGICO							
OTRO							
DIRECCIÓN RESIDENCIAL							
CRA 90 N° 6A - 47 CASA 21		BOGOTÁ		CUNDINAMARCA		COLOMBIA	
CORREO ELECTRÓNICO: WILLIAMBUTRAGO72@VAI.DOCOM							
DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (SI tiene)							
		CIUDAD:		DEPARTAMENTO:		PAÍS:	
2. DATOS DEL CÓNYUGE							
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN							
C.C. ☐		C.E. ☐	R.C. ☐	N.I.P. ☐	No. IDENTIFICACIÓN		
PASAPORTE ☐		OTRO ☐		CUAL:		NACIONALIDAD:	
3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:							
ASALARIADO	☐	ESTUDIANTE	☐	HOJER	☐	PENSIONADO	☐
PROFESIONAL	☐	CONTRATISTA	☒	COMERCIANTE	☐	EMPLEADO PÚBLICO	☐
INDEPENDIENTE	☐	PALEADO	☐	SOLDO	☐	OTRA	☐
DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD							
DECLARACIÓN RESPONSABLE		DECLARACIÓN		DECLARACIÓN		DECLARACIÓN	
SI ☐		NO ☒		SI ☐		NO ☒	
GRAN CONTRIBUYENTE							
SI ☐		NO ☒		AGENTE AUTENTADOR		AGENTE AUTENTADOR	
SI ☐		NO ☒		SI ☐		NO ☒	
FUNCIONARIO PÚBLICO							
SI ☐		NO ☒		RECURSOS PÚBLICOS		RECURSOS PÚBLICOS	
SI ☐		NO ☒		GOBIERNO		GOBIERNO	
SI ☐		NO ☒		GOBIERNO		GOBIERNO	
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DOMICILIADA							
EXPORTACIONES		AGRICOLA		INDUSTRIA		COMERCIO	
SI ☐		NO ☒		SI ☐		NO ☒	
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.							
SERVICIOS		SERVICIOS		SERVICIOS		SERVICIOS	
SI ☐		NO ☒		SI ☐		NO ☒	
910.955 048-4							

Logo		Versión: 1	
Formato SARLAFT		Fecha de aprobación: 24/12/2018	
		Código: 18-02-FO-0011	
Dirección de la Empresa		Ciudad/Municipio	Departamento
AV 1 DE MAYO N 99B 54		BOGOTÁ	BOGOTÁ
Cargo Actual		FECHA VINCULACIÓN	
AUXILIAR DE ENFERMERIA		2019-03-01	
4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO			
Número de Empleados	Ventas Anuales	Código Actividad Económica	Descripción Actividad
5. INFORMACION FINANCIERA			
Ingresos Mensuales		Egresos Mensuales	Activos Pasivos
Salarios		Gastos Familiares	Saldo Hipoteca
Arrendamientos		Arrendados	Ahorros
Comisiones		Clasificación Vehículo	Inversiones
Otros Ingresos*		Otros Egresos**	Bienes Personales
TOTAL INGRESOS		TOTAL EGRESOS	PROPIEDADES
\$ 1.538.720		\$ 975.000	OTROS PASIVOS*
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS	TOTAL ACTIVOS
			\$ 0
N/A		N/A	DESCRIPCION OTROS PASIVOS
			N/A
6. REFERENCIAS PERSONALES			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
MACANA	PENALAZA	JAZMIN	
DIRECCION	Ciudad/Departamento/Pais	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y/O EXTENSION/CELULAR
DIAG 16 B BIS 98-49	BOGOTÁ	AMIGA	321-4278442
7. REFERENCIA FINANCIERA			
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUBRSAL
BBVA	AHORROS	2803471	VENECIA
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI NO X			
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PASAJEROS
N/A	N/A	N/A	MONEDA
IMPORTACION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS			
EXPORTACION	TRANSFERENCIA	PUESTAMOS	PAGA 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, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos 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, de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1774 de 2011 "Estatuto Anticorrupción".			
1. Que los recursos que entregue y entregue a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):			
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, complementario 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 lo adicione, complementario o modifique)			
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE se destinarán 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 numeral 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 mí 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, falta o inexactitud 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 hacen requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE.			
9. DOCUMENTOS REQUERIDOS			
Asalarido: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses + declaración de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante. Pensionado: Certificado de pensión o despidibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante. Profesional independiente/Contratista por OFI: Constancia de Honorarios o Certificaciones de honorarios no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de honorarios o contratos de arrendamiento o extracciones bancarias 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 cantidad de socio + declaración de renta si es declarante			

 Superintendencia Nacional de Salud Sección de Asesoría Jurídica Sección de Asesoría Jurídica	FORMATO SARLAFT		Version: 1	 Sección de Asesoría Jurídica Sección de Asesoría Jurídica
	Fecha de aprobación: 24/12/2018			
	Código: 18-02-FO-0011			

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 RUT Distrital.

4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.

5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo 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)

AFIDELADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.

NOTA: Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados. (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

10. AUTORIZACIÓN REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO. AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA REPORTAR CONSULTAS Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICIA, COMERCIAL, 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 requeridos 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 los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 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
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, enténdase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE, con NIT 900.959.048-4, ubicada en la Calle 9 No. 39-46 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

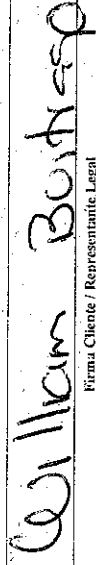
Declaro expresamente:

- 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, me han informado, expresamente:
- 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 Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Público, 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 los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. d) La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general, estudios técnicos del sector salud. e) 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. f) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. g) 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 regulaciones aplicables. h) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. i) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por dicha Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios
3. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados 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 derivadas de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de colaboración, 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 adelanten gestiones para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UICAF, FiscoCol, 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.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN 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 INFORMACIÓN: 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 mí.
8. RESPONSABILIDADES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: 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 comportan, transfieren, transmiten, entreguen o divulgan, en desarrollo de lo 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 7566655 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 DIRECCIÓN, 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 LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LA ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO EN EXACTA Y VERDADERA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO



Firma Cliente / Representante Legal