

ANEXO SARLAFT PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIO

CLÁUSULA RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO SARLAFT: EL **CONTRATANTE (persona natural o jurídica)** certifica a **La Entidad Promotora de Salud SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS** que sus recursos no provienen, ni se destinan al ejercicio de ninguna actividad ilícita o de actividades conexas al lavado de activos provenientes de éstas o de actividades relacionadas con la financiación del terrorismo. **EL CONTRATANTE** se obliga a realizar sus mejores esfuerzos encaminados a conocer y en consecuencia asegurar a **La Entidad Promotora de Salud SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS** que todos sus beneficiarios, y los recursos de estos, no se encuentren relacionados, ni provienen de actividades ilícitas, particularmente de lavado de activos o financiación del terrorismo. En todo caso, si durante el plazo de vigencia del Contrato **EL CONTRATANTE** o algunos de sus **USUARIOS**, llegare a ser: **(I)** vinculado por parte de las autoridades competentes a cualquier tipo de investigación por delitos de narcotráfico, terrorismo, secuestro, lavado de activos, financiación del terrorismo y administración de recursos relacionados con actividades terroristas y otros delitos relacionados con el lavado de activos y financiación del terrorismo, en especial los descritos en el Código Penal en los artículos 323 y 345 o los que en el futuro, señale ley posterior modificatoria o **(II)** Incluido en listas para el control de lavado de activos y financiación del terrorismo administradas por cualquier autoridad nacional o extranjera, tales como las listas de la Oficina de Control de Activos en el Exterior OFAC emitida por las oficinas del Tesoro de los Estados Unidos de Norte América, la lista de la Organización de las Naciones Unidas y otras listas públicas relacionadas con el tema del lavado de activos y financiación del terrorismo o **(III)** Condenado por parte de las autoridades competentes en cualquier tipo de proceso judicial relacionado con la comisión de los anteriores delitos; o **IV)** llegare a ser señalado públicamente por cualquier medio de amplia difusión nacional (Prensa, Radio, televisión, etc.) como investigados y condenados por delitos de narcotráfico, terrorismo, secuestro, lavado de activos, financiación del terrorismo y administración de recursos relacionados con actividades terroristas u otros delitos relacionados con el lavado de activos y financiación del terrorismo y/o cualquier delito colateral o subyacente a estos, **La Entidad Promotora de Salud SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS** tendrá el derecho de terminar unilateralmente el Contrato en los siguientes casos: **a)** Cuando el **CONTRATANTE** sea vinculado en alguno de los numerales I, II, III, y/o IV enlistadas anteriormente. **b)** Cuando el **USUARIO COTIZANTE** perteneciente al colectivo sea vinculado en alguno de los numerales I, II, III, y/o IV enlistadas anteriormente, se cancelará la afiliación de él y sus beneficiarios. **c)** Cuando un **USUARIO BENEFICIARIO** sea vinculado en alguno de los numerales I, II, III, y/o IV enlistadas anteriormente, se dará por terminada la afiliación únicamente de dicho usuario. Todo lo anterior sin que por este hecho **La Entidad Promotora de Salud SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS** esté obligado a indemnizar ningún tipo de perjuicio a **EL CONTRATANTE Y/O USUARIO. EL CONTRATANTE**, se obliga expresamente a entregar a **La Entidad Promotora de Salud SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS**, la información veraz y verificable que éste le exija para el cumplimiento de la normatividad relacionada con prevención de lavado de activos y financiación del terrorismo y a actualizar sus datos por lo menos anualmente suministrando la totalidad de los soportes que **La Entidad Promotora de Salud SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS** requiera.

La presente Cláusula hace parte integral del Contrato de Prestación de Servicios de Salud Plan de Atención Complementario.

NOMBRE Y FIRMA SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATANTE (PARA EL CASO DE CONTRATOS COLECTIVOS, NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL)

**NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL
SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.
SOS**

NOMBRE DEL CONTRATANTE

**FIRMA
SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.
SOS
NIT 805001157-2**

**FIRMA
EL CONTRATANTE
NIT/CC**

