

|                                                                                   |                                                                                              |                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
|  | <b>DECLARACIÓN DE ENTENDIMIENTO Y COMPROMISO<br/>CON LA POLÍTICA SARLAFT Y DE INTEGRIDAD</b> | <b>Página:</b> 1 de 2                        |
|                                                                                   |                                                                                              | <b>Código:</b> TH-FO-183                     |
|                                                                                   |                                                                                              | <b>Versión:</b> 01                           |
|                                                                                   | <b>TALENTO HUMANO</b>                                                                        | <b>Vigente a partir de:</b> Abril 24 de 2026 |

## DECLARACIÓN DE ENTENDIMIENTO Y COMPROMISO CON LA POLÍTICA SARLAFT Y DE INTEGRIDAD

Yo, **MARIA CLARA GÓMEZ ROZO**, identificado(a) con **Cédula de ciudadanía** No. **52153193**, en calidad de **Persona natural**, quien pretende celebrar o ha celebrado contrato con la **E.S.E. Hospital Departamental Universitario del Quindío San Juan de Dios**, de manera libre y voluntaria manifiesto que:

### PRIMERO. Conocimiento de la Política

Declaro que he recibido, leído y comprendido la **Política Institucional del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y/o de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (SARLAFT)**, así como los principios de integridad, transparencia y ética adoptados por la Entidad a través del código de integridad **TH-MP-48** y el Programa de Transparencia y Ética Empresarial código **PL-MP-06**.

### SEGUNDO. Entendimiento del Alcance

Reconozco que la política tiene como finalidad prevenir y mitigar riesgos asociados a LA/FT/FPADM, así como promover una cultura de integridad en las relaciones contractuales, y que su cumplimiento hace parte de las buenas prácticas exigidas a terceros que interactúan con la Entidad.

### TERCERO. Compromiso de Actuación

Me comprometo a: (i) actuar conforme a los principios de legalidad, transparencia e integridad; (ii) abstenerme de realizar conductas relacionadas con actividades de lavado de activos, financiación del terrorismo, corrupción o cualquier otra actuación contraria a la ley; (iii) colaborar con la Entidad cuando sea requerido(a) en el suministro de información, dentro del marco legal aplicable.

**CUARTO. Canales de Reporte**

Declaro conocer la existencia de los **canales institucionales de denuncia y reporte** de la Entidad establecidos en la página web e intranet institucional, y me comprometo a informar de buena fe cualquier situación irregular de la que tenga conocimiento en el marco de la relación contractual.

**QUINTO. Alcance de la Declaración**

Entiendo que la presente declaración: (a) no constituye una certificación de cumplimiento técnico del sistema SARLAFT; (b) no implica traslado de responsabilidades legales o institucionales; (c) tiene carácter **pedagógico, preventivo y de compromiso ético**.

**SEXTO. Aceptación**

La presente declaración se firma como evidencia del proceso de divulgación y entendimiento de la Política SARLAFT y de Integridad de la Entidad, y podrá ser conservada como soporte documental en la carpeta contractual correspondiente.

**Conflicto de Interés:** No declara conflictos de interés

**Persona Expuesta Políticamente (PEP):** No es PEP ni tiene vínculos con PEP

| Campo                  | Dato registrado           |
|------------------------|---------------------------|
| Nombre completo        | MARIA CLARA GÓMEZ ROZO    |
| Tipo de documento      | Cédula de ciudadanía      |
| No. de documento / NIT | 52153193                  |
| Calidad                | Persona natural           |
| Correo electrónico     | mariaclaragr5@hotmail.com |
| Teléfono               | 3054177882                |
| Lugar                  | Armenia                   |
| Fecha                  | 10 de junio de 2026       |



---

**MARIA CLARA GÓMEZ ROZO**

Cédula de ciudadanía No. 52153193

Declarante

---

E.S.E. Hospital Departamental Universitario del Quindío San Juan de Dios — hospitalquindio.gov.co — Armenia, Quindío —

NIT 800000118

Documento generado electrónicamente el 10/06/2026 16:11:10 — Ref. C1XGDUHU