VERIFICACIÓN SARLAFT

OBJETO: Suministro de medicamentos necesarios para la atención de pacientes, según el anexo técnico N°1, para la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

CD-008-2021

Bogotá, D.C., Mayo de 2021

CRITERIOS A EVALUAR	PROPONENTE
	BLAU FARMACEUTICA COLOMBIA SAS
	NIT: 830072817-1
CONDICIONES	CONDICIÓN
	SI/NO
1. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Jurídica, en cumplimiento de lo establecido	SI
2. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Natural, Representante Legal, en cumplimiento de lo establecido en la Circular Externa Nª 009 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud. NOTA 3: El formato SARLAFT presentado en la propuesta debe ir en formato PDF con firma y huella dactilar del representante legal, sin modificar la estructura del mismo.	N/A
CRITERIO	HABILITADO

Mónica E. González Montes
Oficial de Cumplimiento

Adriana Velandia
Adriana Milena Velandia Trujillo
Técnico Administrativo II

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14739388357

(415)7707212489984(8020) 000001473938835 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 3 0 0 7 2 8 1 7	1	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona jurídica 1			

Lugar de expedición 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres

35. Razón social
BLAU FARMACEUTICA COLOMBIA S A S

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal
CL 110 9 25 OF 810

42. Correo electrónico lorena.castillo@blaufarma.com.co

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	7 4 2 0 0 1 0	3 1 7 8 2 6 6 0 2 9

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2
4 6 4 5	2 0 0 0 0 6 1 5	4 7 9 9	2 0 1 9 0 7 0 1			

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 3 5 7 8 9 10 14 16 18 26 42 48 52

- 03- Impuesto al patrimonio
- 05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
- 07- Retención en la fuente a título de rent
- 08- Retención timbre nacional
- 09- Retención en la fuente en el impuesto
- 10- Obligado aduanero
- 14- Informante de exogena
- 16- Obligación facturar por ingresos bienes
- 18- Precios de transferencia
- 26- Declaración individual precios de tran
- 42- Obligado a llevar contabilidad
- 48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
- 52 - Facturador electrónico

Obligados aduaneros

54. Código: 22 23

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
1	1	57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2021 - 02 - 05 / 09 : 00: 46

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre ACEVEDO ORREGO JULIO CESAR NICOLAS
985. Cargo Representante legal Certificado

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

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 JURIDICA

CÓDIGO: ET-CA-FT-022
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

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

FECHA:	13.05.2021	CIUDAD:	BOGOTA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA

Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular 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 de Salud Sur Occidente 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 Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

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

ASEGURADOR	PROVEDOR	CONTRATISTA	PARTICULAR	OTRO	CUAL:
☐	X	☐	☐	☐	

I. DATOS DE LA PERSONA JURIDICA

RAZON SOCIAL:	BLAU FARMACEUTICA COLOMBIA S.A.S			NIT:	830.072.817-1
REPRESENTANTE LEGAL:	PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:	NOMBRES:	
	ACEVEDO		ORREGO	JULIO CESAR	
CEDULA DE CIUDADANÍA	X	NUMERO:	LUGAR DE EXPEDICION		FECHA EXPEDICION AAAA/MM/DD
CEDULA DE EXTRANJERÍA	☐	19.482.756	BOGOTA		20-OCT-1980

FECHA NACIMIENTO AAAA/MM/DD	LUGAR NACIMIENTO:	DEPARTAMENTO:	NACIONALIDAD (1):	NACIONALIDAD (2):
1962-06-27	ALBAN,	CUNDINAMARCA	COLOMBIANO	NO APLICA

DIRECCION DOMICILIO PRINCIPAL:	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX
CALLE 110 # 9-25 OF 810	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	7420010

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:	PORTAL/PAGINA INTERNET:
licitaciones@blaufarma.com.co	www.blau.com

DIRECCION SUCURSAL/AGENCIA:	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX
NO APLICA	NO APLICA	NO APICA	NO APLICA	NO APLICA

TIPO DE EMPRESA:		ACTIVIDAD ECONOMICA:			
☐ PUBLICA	☐ INDUSTRIAL	☐ AGRICOLA	☐ SERVICIOS DE SALUD	CUAL:	
☐ MIXTA	X COMERCIAL	☐ FARMACEUTICA	☐ SERVICIOS FINANCIEROS		
☐ PRIVADA	☐ ASEGURADOR	☐ TRANSPORTES	☐ OTRA,		
☐ EXTRANJERA	☐ SERVICIOS				

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	RENTA/CREE	IVA	I.C.A.	CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONOMIC
	(SI) X	(SI) X	(SI) X	4645 / 4799
	(NO) ☐	(NO) ☐	(SI) X (NO) ☐	PRINCIPAL X SECUNDARIA: X

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

II. DECLARACION PERSONA PUBLICAMENTE EXPUESTA (PEPS)

POR SU CARGO O ACTIVIDAD ADMINISTRA O TIENE A SU CARGO EL MANEJO DE RECURSOS PUBLICOS	SI ☐ NO X
POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUN GRADO O TIPO DE PODER PUBLICO	SI ☐ NO X
POR SU ACTIVIDAD, OCUPACION U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PUBLICO GENERAL	SI ☐ NO X
ES USTED SUJETIO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAIS DIFERENTE A COLOMBIA	SI ☐ NO X

Si contestó afirmativamente alguna de las anteriores preguntas, por favor, especifique: **********

III. IDENTIFICACION DE ACCIONISTAS, SOCIOS, ASOCIADOS QUE SEAN TITULARES DE MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIPACION

NOMBRE COMPLETO O RAZON SOCIAL (DE REQUERIR UTILICE ANEXO)	% PARTICIPACION	TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION
BLAU FARMACEUTICA S.A	100%	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO X	CNPJ 58.430.828/0001-60
**********	**********	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	**********
**********	**********	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	**********
**********	**********	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	**********

IV. INFORMACION FINANCIERA

INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	$ 2.140.114.583 (Inf a 31.12.2020)	ACTIVOS TOTALES	$ 21.167.715.000 (Inf a 31.12.2020)
INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	$ 252.394.333 (Inf a 31.12.2020)	PASIVOS TOTALES	$ 3.495.851.000 (Inf a 31.12.2020)

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

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 JURIDICA

CÓDIGO: ET-CA-FT-022
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	$ 1.949.389.833 (Inf a 31.12.2020)	PATRIMONIO	$ 17.671.864.000 (Inf a 31.12.2020)
EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	$ 318.779.833 (Inf a 31.12.2020)		
CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES:	Ingresos financieros, Recuperaciones de provisiones	DIFERENCIA EN CAMBIO	
CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES:		DIFERENCIA EN CAMBIO	

V. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI [X] NO [ ]

IMPORTAC IONES	[X]	EXPORTACIONES	[X]	INVERSIONES	[ ]
OPERACIONES DE REDESCUENTO	[ ]	LEASING	[ ]	TRASFERENCIAS	[X]
PRESTAMOS MODENA EXTRANJERA	[ ]	PAGOS SERVICIOS	[ ]	OTRAS	[ ]

Especifique cual:

TIPO PRODUCTO	No DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO OPERACIÓN	CIUDAD	PAIS	MONEDA
CUENTA DE COMPENSACION	80110001867	BANCOLOMBIA	USD 794.065,19 (Inf a 31.12.2020)	PANAMA	PANAMA	USD
**********	**********	**********	**********	**********	**********	**********

VI. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Declaro expresamente que:
1. Los recursos que posee la Empresa provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupacion, oficio, actividad o negocio):

VENTA DE MEDICAMENTOS **********

2. Las actividades realizadas por la Empresa se efectuan dentro del Marco Legal. Los recursos que posee NO provienen de actividades ilicitas de conformidad con el Codigo Penal Colombiano.
3. La información suministrada en este formulario es veraz y verificable, y me obligo a actualizarla cuando asi se requiera.
4. Cláusula para apoderados: Certifico que toda la informacion suministrada y de la cual no soy titular ha sido obtenida de acuerdo con los parametros establecidos legalmente.
5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato NO se destinaran a la financiacion del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

VII. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Camara de Comercio.
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia del documento de identificacion del Representante legal de la Empresa.
4. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado.
5. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.

APODERADO
Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.

VIII. AUTORIZACION DE USO DE INFORMACION

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintedencia 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 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 utilizacion 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 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 9 No 39-46, teléfono 7560505 Cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declarò expresamente:
I. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestacón 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 prestacion de servicios de salud.
II. 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 le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámiote de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual 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 determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) 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 integral de los bienes 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 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 satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la ESE 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) 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.
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 finarlidades mencionadas a: a) Las 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 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 exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion 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 celebracion de contratos de seguros y/o 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 y control de fraudes, la 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 estadísticos.
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.

5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me hagan 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 Nacionalde 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 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.

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 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 compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los 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, Bogota DC, Telefono 7560505 E-mail: dirfinanciera@subredsuroccidente.gov.co*** y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.

9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizao, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional 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 FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Julio Cesar Acevedo Orrego

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

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

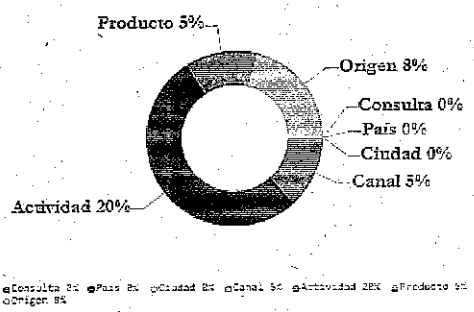
SARLAFTCOL

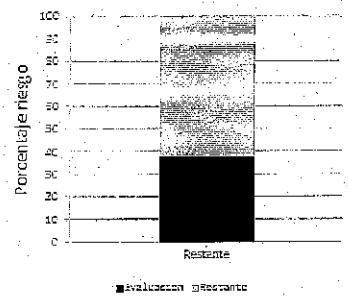
REPORTE

Nombre	Blau farmaceutica colombia sas
Número de identificación	830072817-1
Alias	
Fecha de reporte	Martes 18 de Mayo del 2021, 6:50 am
Estado consulta	No reportado
País	Colombia
Jurisdicción	-
Canal	Otros
Origen de recursos	Desarrollo de actividad
Producto	Alto
Lista	No se encontro en ninguna lista
Actividad económica	4645 comercio al por mayor de productos farmacéuticos, medicinales, cosméticos y de tocador.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

	INDICADOR	RESULTADO
TIPO DE RELACIÓN	PROVEEDOR	
Consulta	0%	0%
País	5%	0%
Jurisdicción	5%	0%
Canal	5%	5%
Actividad	20%	20%
Producto	5%	5%
Origen de recursos	20%	8%
PERFIL DE RIESGO		38%
		62%





SEÑALES DE ALERTA

Sospechosa	Inusual	Intentada

OBSERVACIONES:

Sin observaciones

Firma

ÁREA PRECONTRACTUAL SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDEN

http://www.sarlaftcol.com/app/app/webroot/BLAUFARMACEUTICACOLOMBIASAS.xls

VERIFICACIÓN SARLAFT

OBJETO: Suministro de medicamentos necesarios para la atención de pacientes, según el anexo técnico N°1, para la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

CD-008-2021

Bogotá, D.C., Mayo de 2021

CRITERIOS A EVALUAR	PROPONENTE
	COMPANY MEDIQBOY OC S.A.S.
	NIT: 901035884-3
CONDICIONES	CONDICIÓN
	SI/NO
1. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Jurídica, en cumplimiento de lo establecido	SI
2. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Natural, Representante Legal, en cumplimiento de lo establecido en la Circular Externa Nª 009 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud. NOTA 3: El formato SARLAFT presentado en la propuesta debe ir en formato PDF con firma y huella dactilar del representante legal, sin modificar la estructura del mismo.	N/A
CRITERIO	HABILITADO

Mónica E. González Montes
Oficial de Cumplimiento

Adriana Velandia
Adriana Milena Velandia Trujillo
Técnico Administrativo II

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14753002919

(415)7707212489984(8020) 000001475300291 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 1 0 3 5 8 4 4	3	Impuestos y Aduanas de Tunja 2 0	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de identificación	27. Fecha expedición
Persona jurídica 1			

Lugar de expedición 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres

35. Razón social
COMPANY MEDIQBOY OC S.A.S.

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Tunja 0 0 1

41. Dirección principal
CL 58 2 80 OF 303 BRR SANTA ANA

42. Correo electrónico oc.contabilidad@mediqboy.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
1 5 0 0 0 7	7 4 5 3 5 3 5	3 1 2 3 5 0 9 7 4 9

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
4 6 4 5	2 0 1 6 1 2 1 3	6 8 1 0	2 0 1 6 1 2 1 3	4 9 2 3	4 6 9 0		2

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 5 7 1 0 1 4 4 2 4 8 5 2

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
10- Obligado aduanero
14- Informante de exogena
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico

Obligados aduaneros

54. Código 2 3

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio 1	2	3
		57. Modo		
		58. CPC		

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2021 - 04 - 19 / 10 : 26: 14

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre MONTAÑEZ PRIETO JULIO CESAR
985. Cargo Representante legal Certificado

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14753002919

(415)7707212489984(8020) 000001475300291 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 1 0 3 5 8 8 4	3	Impuestos y Aduanas de Tunja	2 0

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	2	63. Formas asociativas	1 2	64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	1

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 4	0 1
72. Número		3
73. Fecha	2 0 1 6 1 2 1 3	2 0 1 9 0 8 0 1
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	0 3
76. Fecha de registro	2 0 1 6 1 2 2 0	2 0 1 9 0 9 0 3
77. No. Matrícula mercantil	1 4 5 0 6 2	1 4 5 0 6 2
78. Departamento	1 5	1 5
79. Ciudad/Municipio	3 8	3 8

Vigencia

80. Desde	2 0 1 6 1 2 1 3
81. Hasta	2 0 9 9 1 2 3 1

Composición del Capital

82. Nacional	1 0 0 %
83. Nacional público	0 . 0 %
84. Nacional privado	1 0 0 . 0 %
85. Extranjero	0 %
86. Extranjero público	0 . 0 %
87. Extranjero privado	0 . 0 %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control: Superintendencia de Sociedades — 5

Estado y Beneficio

Ítem	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	8 0	2 0 1 8 0 3 2 1		
2				
3				
4				
5				

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Página 3 de 5 **Hoja 3**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14753002919

(415)7707212489984(8020) 000001475300291 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 1 0 3 5 8 8 4	3	Impuestos y Aduanas de Tunja	2 0

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 1 9 0 8 0 1

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 1 3	7 1 6 2 8 3 0		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
MONTAÑEZ	PRIETO	JULIO	CESAR

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL SUPL 1 9	2 0 1 9 0 8 0 1

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadan 1 3	7 1 6 7 3 4 4		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
PULIDO	MONROY	NESTOR	RAUL

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

4

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

5

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 06-05-2021 09:56:18AM

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14753002919

(415)7707212489984(8020) 000001475300291 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 1 0 3 5 8 8 4	3	Impuestos y Aduanas de Tunja	

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal

124. Tipo de documento	125. Número de identificación	126. DV	127. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	2 3 7 9 5 4 7 3		1 4 7 0 6 5 T

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres
RINCON	VERGARA	ERLIS	YADIRA

132. Número de Identificación Tributaria (NIT)	133. DV	134. Sociedad o firma designada

135. Fecha de nombramiento
2 0 2 0 0 8 0 1

Revisor fiscal suplente

136. Tipo de documento	137. Número de identificación	138. DV	139. Número de tarjeta profesional

140. Primer apellido	141. Segundo apellido	142. Primer nombre	143. Otros nombres

144. Número de Identificación Tributaria (NIT)	145. DV	146. Sociedad o firma designada

147. Fecha de nombramiento

Contador

148. Tipo de documento	149. Número de identificación	150. DV	151. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 4 9 6 0 3 5 7 9		1 6 6 9 6 1 T

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres
HERNANDEZ	SUAREZ	ZULMA	YOMAIRA

156. Número de Identificación Tributaria (NIT)	157. DV	158. Sociedad o firma designada

159. Fecha de nombramiento
2 0 2 0 0 5 1 8

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14753002919

(415)7707212489984(8020) 000001475300291 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 1 0 3 5 8 8 4	3	Impuestos y Aduanas de Tunja	2 0

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por mayor de productos farmacéuticos, medicinales, cosméticos 4 6 4 5

162. Nombre del establecimiento: COMPANY MEDIQBOY OC S.A.S.

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Boyacá 1 5	Tunja 0 0 1

165. Dirección: CL 58 2 80 OF 303 BRR SANTA ANA

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
1 4 5 1 7 2	2 0 1 7 0 1 0 5
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 1 2 3 5 0 9 7 4 9	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por mayor de productos farmacéuticos, medicinales, cosméticos 4 6 4 5

162. Nombre del establecimiento: OUTLET MEDIQBOY

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Boyacá 1 5	Tunja 0 0 1

165. Dirección: CL 58 2 80 LC 101 BRR SANTANA

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
1 7 8 6 1 0	2 0 2 0 0 2 1 3
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 1 6 5 2 7 1 7 9 5	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

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 JURIDICA

CÓDIGO: ET-CA-FT-022
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

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

FECHA:	2021-05-13	CIUDAD:	TUNJA	DEPARTAMENTO:	BOYACA

Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular 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 de Salud Sur Occidente 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 Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

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

ASEGURADOR	PROVEDOR	CONTRATISTA	PARTICULAR	OTRO	CUAL:
☐	X	☐	☐	☐	

I. DATOS DE LA PERSONA JURIDICA

RAZON SOCIAL:	COMPANY MEDIQBOY OC SAS		NIT:	901.035.884
REPRESENTANTE LEGAL:	PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:	NOMBRES:	
	MONTAÑEZ	PRIETO	JULIO CESAR	

CEDULA DE CIUDADANÍA	X	NUMERO:	LUGAR DE EXPEDICION	FECHA EXPEDICION AAAA/MM/DD
CEDULA DE EXTRANJERÍA	☐	7.162.830	TUNJA	3/02/1989

FECHA NACIMIENTO AAAA/MM/DD	LUGAR NACIMIENTO:	DEPARTAMENTO:	NACIONALIDAD (1):	NACIONALIDAD (2):
1968-11-23	TUNJA	BOYACA	COLOMBIANO	

DIRECCION DOMICILIO PRINCIPAL:	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX
CALLE 58 No 2-80	TUNJA	BOYACA	COLOMBIA	3123509749

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:	PORTAL/PAGINA INTERNET:
oc.licitaciones@mediqboy.com	www.mediqboy.com

DIRECCION SUCURSAL/AGENCIA:	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX

TIPO DE EMPRESA:

PUBLICA	INDUSTRIAL	AGRICOLA	SERVICIOS DE SALUD	CUAL:
MIXTA ☐	COMERCIAL X	FARMACEUTICA X	SERVICIOS FINANCIEROS ☐	
PRIVADA X	ASEGURADOR ☐	TRANSPORTES ☐	OTRA, ☐	
EXTRANJERA ☐	SERVICIOS ☐			

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	RENTA/CREE	IVA	I.C.A.	CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMIC
	(SI) X	(SI) ☐	(SI) ☐ (NO) ☐	4645 / 6810
	(NO) ☐	(NO) ☐		PRINCIPAL: X SECUNDARIA: X

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

II. DECLARACION PERSONA PUBLICAMENTE EXPUESTA (PEPS)

POR SU CARGO O ACTIVIDAD ADMINISTRA O TIENE A SU CARGO EL MANEJO DE RECURSOS PUBLICOS	SI ☐ NO X
POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUN GRADO O TIPO DE PODER PUBLICO	SI ☐ NO X
POR SU ACTIVIDAD, OCUPACION U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PUBLICO GENERAL	SI ☐ NO X
ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAIS DIFERENTE A COLOMBIA	SI ☐ NO X

Si contestó afirmativamente alguna de las anteriores preguntas, por favor, especifique:

III. IDENTIFICACION DE ACCIONISTAS, SOCIOS, ASOCIADOS QUE SEAN TITULARES DE MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIPACION

NOMBRE COMPLETO O RAZON SOCIAL (DE REQUERIR UTILICE ANEXO)	% PARTICIPACION	TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION
JULIO CESAR MONTAÑEZ PRIETO	87,00%	C.C. X C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	7.162.830
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	

IV. INFORMACION FINANCIERA

INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	1.673.562.410	ACTIVOS TOTALES	20.339.803.893
INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	1.279.204	PASIVOS TOTALES	7.408.830.835

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

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 JURIDICA

CÓDIGO: ET-CA-FT-022
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	1.342.985.685	PATRIMONIO	12.930.973.058
EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	16.394.008		
CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES:	RECUPERACIONES ARRIENDOS		
CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES:	MANTENIMIENTO DE REPARACION DE PLANTA Y EQUIPO		

V. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

IMPORTACIONES ☐	EXPORTACIONES ☐	INVERSIONES ☐	Especifique cual:
OPERACIONES DE REDESCUENTO ☐	LEASING ☐	TRASFERENCIAS ☐	
PRESTAMOS MODENA EXTRANJERA ☐	PAGOS SERVICIOS ☐	OTRAS ☐	

TIPO PRODUCTO	No DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO OPERACIÓN	CIUDAD	PAIS	MONEDA

VI. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Declaro expresamente que:

1. Los recursos que posee la Empresa provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupacion, oficio, actividad o negocio):

Comercio al por mayor de productos farmaceuticos, medicinales, cosmeticos y de tocador

2. Las actividades realizadas por la Empresa se efectuan dentro del Marco Legal. Los recursos que posee NO provienen de actividades ilicitas de conformidad con el Codigo Penal Colombiano.
3. La información suministrada en este formulario es veraz y verificable, y me obligo a actualizarla cuando asi se requiera.
4. Cláusula para apoderados: Certifico que toda la informacion suministrada y de la cual no soy titular ha sido obtenida de acuerdo con los parametros establecidos legalmente.
5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato NO se destinaran a la financiacion del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

VII. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) dias, expedido por la Camara de Comercio.
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia del documento de identificacion del Representante legal de la Empresa.
4. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado.
5. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.
APODERADO
Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.

VIII. AUTORIZACION DE USO DE INFORMACION

CONSIDERACIONES

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 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 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 utilizacion 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 trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comerciais, 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 9 No 39-46, teléfono 7560505 Cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:

I. 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 prestacion de servicios de salud.

II. 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 le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámiote de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual 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 determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) 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 integral de los bienes 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 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 satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la ESE 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) 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.

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 mencionadas a: a) Las 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 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, compañias de asistencia medica, abogados internos y exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion 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 celebracion de contratos de seguros y/o 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 y control de fraudes, la 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 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 haran 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 Nacionalde 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 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.

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 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 compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los 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, Bogota DC, Telefono 7560505 E-mail: dirfinanciera@subredsuroccidente.gov.co*** y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.

9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizao, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional 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 FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Firma Cliente/ Representante Legal



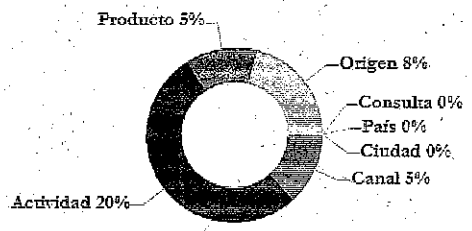
Huella Indice Derecho

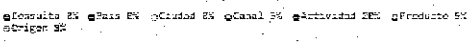
X. INFORMACION DE ENTREVISTA				**XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION**			
1.Fecha		**2. Ciudad**		**1. Fecha**		**2. Ciudad**	
3.Nombre del funcionario o Asesor:				**3. Nombre y Cargo de quien verifica:**			
4. Lugar de la Entrevista:				**4. Lugar de la verificación:**			
5. Observaciones:				**5. Observaciones:**			
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐		**6. Firma y cédula:**			
7. Firma y Cédula							

SARLAFTCOL

REPORTE

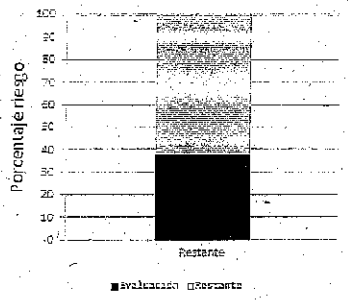
Nombre	Company mediqboy oc s.a.s.
Número de identificación	901035884-3
Alias	
Fecha de reporte	Martes 18 de Mayo del 2021, 6:56 am
Estado consulta	No reportado
País	Colombia
Jurisdicción	-
Canal	Otros
Origen de recursos	Desarrollo de actividad
Producto	Alto
Lista	No se encontro en ninguna lista
Actividad económica	4645 comercio al por mayor de productos farmacéuticos, medicinales, cosméticos y de tocador.





CRITERIOS DE EVALUACIÓN

	INDICADOR	RESULTADO
TIPO DE RELACIÓN	PROVEEDOR	
Consulta	0%	0%
País	5%	0%
Jurisdicción	5%	0%
Canal	5%	5%
Actividad	20%	20%
Producto	5%	5%
Origen de recursos	20%	8%
PERFIL DE RIESGO		38%
		62%



SEÑALES DE ALERTA

Sospechosa	Inusual	Intentada

OBSERVACIONES:

Sin observaciones

Firma

ÁREA PRECONTRACTUAL SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDEN

http://www.sarlaftcol.com/app/app/webroot/COMPANYMEDIQBOYOCS.A.S..xls

VERIFICACIÓN SARLAFT

OBJETO: Suministro de medicamentos necesarios para la atención de pacientes, según el anexo técnico N°1, para la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

CD-008-2021

Bogotá, D.C., Mayo de 2021

CRITERIOS A EVALUAR	PROPONENTE DISTRIBUIDORA COLOMBIANA DE MEDICAMENTOS S.A.S.-DISCOLMEDICA S.A.S NIT: 828002423-5
CONDICIONES	CONDICIÓN SI/NO
1. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Jurídica, en cumplimiento de lo establecido	SI
2. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Natural, Representante Legal, en cumplimiento de lo establecido en la Circular Externa Nª 009 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud. NOTA 3: El formato SARLAFT presentado en la propuesta debe ir en formato PDF con firma y huella dactilar del representante legal, sin modificar la estructura del mismo.	N/A
CRITERIO	**HABILITADO**

Mónica E. González Montes
Oficial de Cumplimiento

Adriana Milena Velandia Trujillo
Técnico Administrativo II

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14749066411

(415)7707212489984(8020) 000001474906641 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 2 8 0 0 2 4 2 3	5	Impuestos y Aduanas de Neiva	1 3	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona jurídica 1			

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres

35. Razón social
DISTRIBUIDORA COLOMBIANA DE MEDICAMENTOS S.A.S.-DISCOLMEDICA S.A.S

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Huila 4 1	Neiva 0 0 1

41. Dirección principal
CR 12 12 32 BRR ALTICO

42. Correo electrónico gerencia@discolmedica.com.co

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
4 1 0 0 0 1	8 7 0 8 0 1 8	3 1 5 7 8 6 2 0 8 5

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
4 6 4 5	2 0 0 3 0 9 2 5	4 7 7 3	2 0 0 3 0 9 2 5	4 6 5 9			7 2

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 5	7	9	1 4	4 2	4 8	5 2																			

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
09- Retención en la fuente en el impuesto
14- Informante de exogena
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico

Obligados aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2021 - 03 - 23 / 17 : 17: 56

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre CORTES CUBILLOS ADDY FERNANDO
985. Cargo Representante legal Certificado

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 30-03-2021 06:24:30PM

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14749066411

(415)7707212489984(8020) 000001474906641 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 2 8 0 0 2 4 2 3	5	Impuestos y Aduanas de Neiva 1 3	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	2	63. Formas asociativas	1 2	64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	1

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 5	0 1
72. Número	2 0 1 5	
73. Fecha	2 0 0 3 0 9 2 5	2 0 2 0 1 0 2 3
74. Número de notaría	1	
75. Entidad de registro	0 3	0 3
76. Fecha de registro	2 0 0 3 1 0 0 3	2 0 2 0 1 1 0 3
77. No. Matrícula mercantil	4 6 8 0 5	4 6 8 0 0 5
78. Departamento	1 8	4 1
79. Ciudad/Municipio	4 1	2 3
Vigencia		
80. Desde	2 0 0 3 0 9 2 5	2 0 0 3 0 9 2 5
81. Hasta	2 0 9 9 1 2 3 1	2 0 9 9 1 2 3 1

Composición del Capital

82. Nacional	1 0 0 %
83. Nacional público	0 . 0 %
84. Nacional privado	1 0 0 . 0 %
85. Extranjero	0 %
86. Extranjero público	0 . 0 %
87. Extranjero privado	0 . 0 %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control: Superintendencia de Sociedades 5

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	8 0	2 0 1 6 0 1 0 1		
2				
3				
4				
5				

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

DOCUMENTO CERTIFICADO COSTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14749066411

(415)7707212489984(8020) 000001474906641 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 2 8 0 0 2 4 2 3	5	Impuestos y Aduanas de Neiva	1 3

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 2 1 0 1 0 4

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadani 1 3	7 7 2 7 1 4 6		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
CORTES	CUBILLOS	ADDY	FERNANDO

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL SUPL 1 9	2 0 2 1 0 1 0 7

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadan 1 3	1 0 7 5 3 1 5 4 2 6		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
MENDEZ	HERNANDEZ	RICARDO	JAVIER

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

4

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

5

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14749066411

(415)7707212489984(8020) 000001474906641 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 2 8 0 0 2 4 2 3	5	Impuestos y Aduanas de Neiva	1 3	

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal

124. Tipo de documento	125. Número de identificación	126. DV	127. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	7 9 2 9 2 2 9 5		1 1 8 7 0 3 T

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres
GONZALEZ	RINCON	ROBERTO	

132. Número de Identificación Tributaria (NIT)	133. DV	134. Sociedad o firma designada
8 3 0 0 0 8 0 4 7 1	9	GONZALEZ WOODCOCK Y ASOCIADOS LTDA

135. Fecha de nombramiento: 2 0 2 0 0 5 2 6

Revisor fiscal suplente

136. Tipo de documento	137. Número de identificación	138. DV	139. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	7 9 6 8 9 7 8 2		1 3 7 3 4 4 T

140. Primer apellido	141. Segundo apellido	142. Primer nombre	143. Otros nombres
CUBILLOS	CUERVO	JORGE	EDUARDO

144. Número de Identificación Tributaria (NIT)	145. DV	146. Sociedad o firma designada

147. Fecha de nombramiento: 2 0 2 0 1 2 2 4

Contador

148. Tipo de documento	149. Número de identificación	150. DV	151. Número de tarjeta profesional

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres

156. Número de Identificación Tributaria (NIT)	157. DV	158. Sociedad o firma designada

159. Fecha de nombramiento:

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14749066411

(415)7707212489984(8020) 000001474906641 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 2 8 0 0 2 4 2 3	5	Impuestos y Aduanas de Neiva	1 3

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por mayor de productos farmacéuticos, medicinales, cosméticos 4 6 4 5

162. Nombre del establecimiento: DISCOLMEDICA SAS

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Huila 4 1	Neiva 0 0 1

165. Dirección: CL 12 16 73 LC 2 BRR PRIMERO DE MAYO

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
1 6 7 7 9 0	2 0 0 6 1 2 2 1
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
8 7 0 5 5 4 6	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Agencia 0 1	Comercio al por mayor de productos farmacéuticos, medicinales, cosméticos 4 6 4 5

162. Nombre del establecimiento: AGENCIA DISCOLMEDICA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Cundinamarca 2 5	Mosquera 4 7 3

165. Dirección: CR 5 ESTE 20 69

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 0 0 0 6 8 8 0 5	2 0 1 1 0 2 0 3
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 1 5 2 4 3 1 1 8 3	2 0 1 2 0 4 1 0

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Agencia 0 1	Comercio al por mayor de productos farmacéuticos, medicinales, cosmético 4 6 4 5

162. Nombre del establecimiento: AGENCIA DISCOLMEDICA PITALITO

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Huila 4 1	Pitalito 5 5 1

165. Dirección: CL 3 1 B 08 BRR QUINCHE

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
2 1 9 3 6 6	2 0 1 1 0 4 2 9
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
8 3 5 0 6 6 1	

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14749066411

(415)7707212489984(8020) 000001474906641 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 2 8 0 0 2 4 2 3	5	Impuestos y Aduanas de Neiva	1 3

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosmético 4 7 7 3

162. Nombre del establecimiento: ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO DEDICADO AL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS AL SGSSS

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Huila 4 1	Neiva 0 0 1

165. Dirección: CL 12 16 73 LC 1 BRR PRIMERO DE MAYO

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	168. Teléfono	169. Fecha de cierre
2 0 2 3 5 4	2 0 0 9 1 0 2 6	8 7 0 4 3 8 8	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos 4 7 7 3

162. Nombre del establecimiento: AGENCIA DISCOLMEDICA IBAGUE

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Tolima 7 3	Ibagué 0 0 1

165. Dirección: CL 40 5 41

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	168. Teléfono	169. Fecha de cierre
2 1 6 8 1 4	2 0 1 1 0 7 2 3	2 6 4 1 1 4 0	2 0 1 2 0 4 2 0

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Agencia 0 1	Comercio al por mayor de productos farmacéuticos, medicinales, cosmético 4 6 4 5

162. Nombre del establecimiento: AGENCIA DISCOLMEDICA VILLAVICENCIO

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Meta 5 0	Villavicencio 0 0 1

165. Dirección: CL 37 40 30 BRR BARZAL

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	168. Teléfono	169. Fecha de cierre
2 1 6 8 1 4	2 0 1 2 0 3 1 5	6 6 2 8 7 9 8	

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14749066411

(415)7707212489984(8020) 000001474906641 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 2 8 0 0 2 4 2 3	5	Impuestos y Aduanas de Neiva	1 3

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Agencia 0 1	Comercio al por mayor de productos farmacéuticos, medicinales, cosméticos 4 6 4 5

162. Nombre del establecimiento: AGENCIA DISCOLMEDICA BOGOTA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección: CL 15 33 A 08

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
2 5 1 8 3 4 4	2 0 1 4 1 1 1 1
168. Teléfono: 4 5 3 7 9 8 8	169. Fecha de cierre:

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Agencia 0 1	Comercio al por mayor de productos farmacéuticos, medicinales, cosméticos 4 6 4 5

162. Nombre del establecimiento: AGENCIA DISCOLMEDICA CALI

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Valle del Cauca 7 6	Cali 0 0 1

165. Dirección: CR 44 5 E 27

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
9 5 3 9 5 9 2	2 0 1 6 0 5 1 1
168. Teléfono: 3 1 5 3 8 1 7 7 1 1	169. Fecha de cierre:

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosmético 4 7 7 3

162. Nombre del establecimiento: ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS TUNJA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Boyacá 1 5	Tunja 0 0 1

165. Dirección: CL 47 5 46

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 0 1 4 2 8 0 7	2 0 1 6 0 8 0 3
168. Teléfono: 3 1 7 8 9 4 5 2 1 3	169. Fecha de cierre:

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 1474906641 1

(415)7707212489984(8020) 000001474906641 1

5. Número de identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 2 8 0 0 2 4 2 3	5	Impuestos y Aduanas de Neiva	1 3	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosmético 4 7 7 3

162. Nombre del establecimiento: ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS CHIQUINQUIRA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Boyacá 1 5	Chiquinquirá 1 7 6

165. Dirección: C L 4 A N 5 08 BRR EL BOSQUE

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 0 1 4 2 8 1 3	2 0 1 6 0 8 0 3
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 1 7 8 9 4 5 2 1 3	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos 4 7 7 3

162. Nombre del establecimiento: ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS EN MONIQUIRA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Boyacá 1 5	Moniquirá 4 6 9

165. Dirección: CR 8 16 75 LC 1 BRR CENTRO

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 0 1 4 2 8 1 0	2 0 1 6 0 8 0 3
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 1 7 8 9 4 5 2 1 3	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosmético 4 7 7 3

162. Nombre del establecimiento: ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS DEL SGSS GARAGOA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Boyacá 1 5	Garagoa 2 9 9

165. Dirección: CR 8 7 A 26 BRR SANTA BARBARA

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 0 1 4 2 8 4 9	2 0 1 6 0 8 0 5
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 1 7 8 9 4 5 2 1 3	

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14749066411

(415)7707212489984(8020) 000001474906641 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 2 8 0 0 2 4 2 3	5	Impuestos y Aduanas de Neiva	1 3	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosmético 4 7 7 3

162. Nombre del establecimiento: ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS AL SGSSS SAN LUIS DE GANCENO

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Boyacá 1 5	San Luis de Gaceno 6 6 7

165. Dirección: CR 4 3 74 BRR LA FLORESTA

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	168. Teléfono	169. Fecha de cierre
0 0 1 4 2 8 5 1	2 0 1 6 0 8 0 5	3 1 7 8 9 4 5 2 1 3	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos 4 7 7 3

162. Nombre del establecimiento: ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA SUMINSTRO DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS SGSSS TIBASOSA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Boyacá 1 5	Tibasosa 8 0 6

165. Dirección: CR 9 2 58

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	168. Teléfono	169. Fecha de cierre
0 0 0 6 8 9 3 5	2 0 1 6 0 8 0 4	3 1 7 8 9 4 5 2 1 3	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosmético 4 7 7 3

162. Nombre del establecimiento: ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS SGSSS BELEN

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Boyacá 1 5	Belén 0 8 7

165. Dirección: CR 4 3 53

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	168. Teléfono	169. Fecha de cierre
0 0 0 8 2 3 3 1	2 0 1 6 0 8 0 5	3 1 7 8 9 4 5 2 1 3	

DOCUMENTO NO VALIDO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14749066411

(415)7707212489984(8020) 000001474906641 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 2 8 0 0 2 4 2 3	5	Impuestos y Aduanas de Neiva	1 3	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosmético 4 7 7 3	

162. Nombre del establecimiento: ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA SUMINISTRO MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS SGSSS

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Boyacá 1 5	Duitama 2 3 8	

165. Dirección: CL 9 34 09

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
0 0 0 8 2 3 1 9	2 0 1 6 0 8 0 4	
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**	
3 1 7 8 9 4 5 2 1 3		

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos 4 7 7 3	

162. Nombre del establecimiento: ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA SUMINISTRO MEDICAMENTOS Y DM AL SGSSS

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Boyacá 1 5	Sogamoso 7 5 9	

165. Dirección: D G 13 N 13 66

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
0 0 0 6 8 9 9 2	2 0 1 6 0 8 1 1	
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**	
3 1 7 8 9 4 5 2 1 3		

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Agencia 0 1	Comercio al por mayor de productos farmacéuticos, medicinales, cosmético 4 6 4 5	

162. Nombre del establecimiento: AGENCIA DISCOLMEDICA TUNJA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Boyacá 1 5	Tunja 0 0 1	

165. Dirección: CL 47 5 46 BRR LAS QUINTAS

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
0 0 1 4 2 8 8 9	2 0 1 6 0 8 0 8	
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**	
3 1 7 8 9 4 5 2 1 3		

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14749066411

(415)7707212489984(8020) 000001474906641 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 2 8 0 0 2 4 2 3	5	Impuestos y Aduanas de Neiva 1 3	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosmético 4 7 7 3

162. Nombre del establecimiento: ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO PARA EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS FLORESTA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Boyacá 1 5	Floresta 2 7 6

165. Dirección: CL 5 2 07

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
0 0 0 8 2 4 9 1	2 0 1 6 0 8 2 5	
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**	
3 1 7 8 9 4 5 2 1 3		

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos 4 7 7 3

162. Nombre del establecimiento: ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO PARA EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS SOTAQUIRA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Boyacá 1 5	Sotaquirá 7 6 3

165. Dirección: CR6 06 15

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
0 0 0 8 2 4 9 2	2 0 1 6 0 8 2 5	
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**	
3 1 7 8 9 4 5 2 1 3		

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosmético 4 7 7 3

162. Nombre del establecimiento: ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO PARA EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS GUATEQUE

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Boyacá 1 5	Guateque 3 2 2

165. Dirección: CR5 7 20

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
0 0 1 4 3 2 8 6	2 0 1 6 0 8 2 5	
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**	
3 1 7 8 9 4 5 2 1 3		

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14749066411

(415)7707212489984(8020) 000001474906641 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 2 8 0 0 2 4 2 3	5	Impuestos y Aduanas de Neiva	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosmético 4 7 7 3

162. Nombre del establecimiento: ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS PARA S.G.S.S.S. GARZON

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Huila 4 1	Garzón 2 9 8

165. Dirección: CR 8 5 27 LC 1 BRR EL CENTRO

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	168. Teléfono	169. Fecha de cierre
0 0 2 9 0 4 4 7	2 0 1 7 0 1 1 0	3 1 5 7 8 9 2 0 8 5	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos 4 7 7 3

162. Nombre del establecimiento: ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS Y D.M SOATA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Boyacá 1 5	Soatá 7 5 3

165. Dirección: CL 6 6 71 LC 01

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	168. Teléfono	169. Fecha de cierre
0 0 0 8 3 4 8 0	2 0 1 7 0 1 1 1	3 1 7 8 9 4 5 2 1 3	2 0 1 7 0 4 2 5

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosmético 4 7 7 3

162. Nombre del establecimiento: ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS SOACHA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Cundinamarca 2 5	Soacha 7 5 4

165. Dirección: CL 13 10 48

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	168. Teléfono	169. Fecha de cierre
0 2 8 1 5 1 0 1	2 0 1 7 0 5 1 1	3 1 7 4 3 5 2 2 8 9	

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14749066411

(415)7707212489984(8020) 000001474906641 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 2 8 0 0 2 4 2 3	5	Impuestos y Aduanas de Neiva	1 3	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosmético 4 7 7 3

162. Nombre del establecimiento: ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA SUMINISTRO MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS SORACA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Boyacá 1 5	Soracá 7 6 4

165. Dirección: CR 6 4 47

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 0 1 4 9 4 6 5	2 0 1 7 0 5 1 2
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 1 8 4 8 7 1 0 1 5	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos 4 7 7 3

162. Nombre del establecimiento: ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS MOTAVITA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Boyacá 1 5	Motavita 4 7 6

165. Dirección: CL 3 1 66

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 0 1 4 9 4 6 6	2 0 1 7 0 5 1 2
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 1 8 4 8 7 1 0 1 5	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosmético 4 7 7 3

162. Nombre del establecimiento: ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS M.D. PITALITO

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Huila 4 1	Pitalito 5 5 1

165. Dirección: CL 3 1 B 04 BRR QUINCHE

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 0 2 9 9 4 1 6	2 0 1 7 0 6 2 2
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
8 3 5 0 6 6 1	

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14749066411

(415)7707212489984(8020) 000001474906641 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 2 8 0 0 2 4 2 3	5	Impuestos y Aduanas de Neiva 1 3	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosmético 4 7 7 3

162. Nombre del establecimiento: ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA EL SUMUNISTRO DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS BOGOTA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección: C R 37 N 15 24

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 2 8 3 4 0 3 4	2 0 1 7 0 6 2 8
168. Teléfono	169. Fecha de cierre

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos 4 7 7 3

162. Nombre del establecimiento: ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS - SATIVASUR

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Boyacá 1 5	Sativasur 7 2 3

165. Dirección: C L 3 2 19

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
8 6 8 5 6	2 0 1 7 0 9 2 5
168. Teléfono: 3 2 0 3 3 2 1 3 4 8	169. Fecha de cierre

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosmético 4 7 7 3

162. Nombre del establecimiento: ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS - MIRAFLORES

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Boyacá 1 5	Miraflores 4 5 5

165. Dirección: C L 4 10 55

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
1 5 3 0 5 6	2 0 1 7 0 9 2 6
168. Teléfono: 3 2 0 3 2 1 3 4 8	169. Fecha de cierre

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14749066411

(415)7707212489984(8020) 000001474906641 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 2 8 0 0 2 4 2 3	5	Impuestos y Aduanas de Neiva	1 3	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosmético 4 7 7 3	

162. Nombre del establecimiento: ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA SUMINISTRO DE MEDICAMENTO - PACHAVITA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Boyacá 1 5	Pachavita 5 1 1	

165. Dirección: C R 3 3 10

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
1 5 3 0 5 5	2 0 1 7 0 9 2 6	
168. Teléfono: 3 2 0 3 3 2 1 3 4 8	169. Fecha de cierre	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos 4 7 7 3	

162. Nombre del establecimiento: ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS - PUERTO BOYACA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Boyacá 1 5	Puerto Boyacá 5 7 2	

165. Dirección: C L 15 2 05

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
4 9 8 8 6	2 0 1 7 0 9 2 9	
168. Teléfono: 3 2 0 3 3 2 1 3 4 8	169. Fecha de cierre	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosmético 4 7 7 3	

162. Nombre del establecimiento: ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS MEDICOQUIRURGICOS SGSSS LA PLATA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Huila 4 1	La Plata 3 9 6	

165. Dirección: CR 6 4 41 LC 2 BRR EL CENTRO

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
3 0 9 8 6 2	2 0 1 8 0 3 1 2	
168. Teléfono: 3 1 5 7 8 6 2 0 8 5	169. Fecha de cierre	

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14749066411

(415)7707212489984(8020) 000001474906641 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 2 8 0 0 2 4 2 3	5	Impuestos y Aduanas de Neiva	1 3	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosmético 4 7 7 3	

162. Nombre del establecimiento: ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA SUMINISTRO Y DISPENSACION MEDICAMENTOS Y DM ACACIAS

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Meta 5 0	Acacías 0 0 6	

165. Dirección: CL 13 29 83 BRR LUMBARA-ACACIAS BRR CENTRO ACACIAS META

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
3 5 1 4 5 5	2 0 1 9 0 5 0 6	
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**	
6 6 2 2 3 5 4	2 0 2 1 0 3 0 9	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos 4 7 7 3	

162. Nombre del establecimiento: ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA SUMINISTRO Y DISPENSACION DE MEDICAMENTOS Y DM AL SGSSS GRANADA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Meta 5 0	Granada 3 1 3	

165. Dirección: CR 13 12 59 BRR BELEN,

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
3 5 1 4 5 7	2 0 1 9 0 5 0 6	
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**	
3 1 3 4 9 4 9 2 6 2	2 0 2 1 0 3 0 9	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosmético 4 7 7 3	

162. Nombre del establecimiento: ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA SUMINISTRO Y DISPENSACION MEDICAMENTOS Y DM AL SGSSS PUERTO LOPEZ

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Meta 5 0	Puerto López 5 7 3	

165. Dirección: CL 6 12 26 BRR CENTRO

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
3 5 1 4 5 6	2 0 1 9 0 5 0 6	
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**	
6 6 2 2 3 5 4	2 0 2 1 0 3 0 9	

DOCUMENTO CERTIFICADO ELECTRONICO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14749066411

(415)7707212489984(8020) 000001474906641 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 2 8 0 0 2 4 2 3	5	Impuestos y Aduanas de Neiva	1 3	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios, entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosmético 4 7 7 3

162. Nombre del establecimiento: ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA SUMINISTRO Y DISPENSACION MEDICAMENTOS Y DM AL SGSSS PUERTO GAITAN

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Meta 5 0	Puerto Gaitán 5 6 8

165. Dirección: CL 14 9 74 BRR CENTRO

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
3 5 1 4 5 8	2 0 1 9 0 5 0 6
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
6 6 2 2 3 5 4	2 0 2 1 0 3 0 9

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos 4 7 7 3

162. Nombre del establecimiento: ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA SUMINISTRO Y DM VILLAVICENCIO 2

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Meta 5 0	Villavicencio 0 0 1

165. Dirección: CR 40 30 26 BRR MAIZARO

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
3 5 1 4 5 4	2 0 1 9 0 5 0 6
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 1 8 8 0 4 1 4 8 1	2 0 2 1 0 3 0 9

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosmético 4 7 7 3

162. Nombre del establecimiento: ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA SUMINSTRO DE MEDICAMENTOS Y DM FLORENCIA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Caquetá 1 8	Florencia 0 0 1

165. Dirección: CR 9 B 6 27

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
1 1 0 1 0 6	2 0 1 9 0 5 2 1
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 1 7 5 1 5 9 7 3 8	

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14749066411

(415)7707212489984(8020) 000001474906641 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 2 8 0 0 2 4 2 3	5	Impuestos y Aduanas de Neiva	1 3	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosmético 4 7 7 3

162. Nombre del establecimiento: ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA SUMINISTRO Y DISPENSACION DE MEDICAMENTOS Y DM AL SGSSS VILLAVICENCIO

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Meta 5 0	Villavicencio 0 0 1

165. Dirección: CL 37 40 32

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
3 0 3 8 0 1	2 0 1 6 1 0 2 0
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 1 8 8 0 4 1 4 8 1	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos 4 7 7 3

162. Nombre del establecimiento: ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA SUMINISTRO Y DISPENSACON MEDICAMENTOS Y DM AL SGSSS TUNJA 2

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Boyacá 1 5	Tunja 0 0 1

165. Dirección: CR 10 29 58

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
1 7 3 4 9 5	2 0 1 9 0 7 2 3
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 1 7 8 9 4 5 2 1 3	2 0 1 9 0 9 2 0

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosmético 4 7 7 3

162. Nombre del establecimiento: ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA SUMINISTRO Y DISPENSACION MEDICAMENTOS Y DM AL SGSSS IBAGUE

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Tolima 7 3	Ibagué 0 0 1

165. Dirección: AV AMBALEMA 36 A 50

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
3 0 6 6 3 0	2 0 1 9 0 7 2 2
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 1 6 2 8 8 4 7 2 5	

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14749066411

(415)7707212489984(8020) 000001474906641 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 2 8 0 0 2 4 2 3	5	Impuestos y Aduanas de Neiva	1 3	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosmético 4 7 7 3

162. Nombre del establecimiento: ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA SUMINISTRO Y DISPENSACION DE MEDICAMENTOS Y DM ESPINAL

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Tolima 7 3	Espinal 2 6 8

165. Dirección: CR 6 6 07

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	168. Teléfono	169. Fecha de cierre
9 9 6 2 1	2 0 1 9 0 7 1 9	3 1 7 4 2 8 1 7 9 5	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos 4 7 7 3

162. Nombre del establecimiento: ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA SUMINISTRO Y DISPENSACION MEDICAMENTOS Y DM AL SGSSS LA DORADA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Caldas 1 7	La Dorada 3 8 0

165. Dirección: CR 9 12 26

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	168. Teléfono	169. Fecha de cierre
5 5 0 9 8	2 0 1 9 0 8 0 1	3 1 7 3 7 0 4 0 2 9	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosmético 4 7 7 3

162. Nombre del establecimiento: ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA SUMINISTRO Y DISPENSACION MEDICAMENTOS Y DM MARIQUITA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Tolima 7 3	Mariquita 4 4 3

165. Dirección: CL 11 4 20

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	168. Teléfono	169. Fecha de cierre
6 6 8 5 6	2 0 1 9 0 7 2 2	3 1 6 5 2 4 4 8 5 8	

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14749066411

(415)7707212489984(8020) 000001474906641 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 2 8 0 0 2 4 2 3	5	Impuestos y Aduanas de Neiva	1 3

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosmético 4 7 7 3

162. Nombre del establecimiento: ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA SUMINISTRO Y DISPENSACION MEDICAMENTOS Y DM AL SGSSS MOCOA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Putumayo 8 6	Mocoa 0 0 1

165. Dirección: CL 14 8 24

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
7 3 4 8 2	2 0 1 9 1 1 1 3
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 1 8 7 5 2 4 8 8 3	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos 4 7 7 3

162. Nombre del establecimiento: ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA SUMINISTRO Y DISPENSACION MEDICAMENTOS Y DM AL SGSSS NUEVO COLON

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Boyacá 1 5	Nuevo Colón 4 9 4

165. Dirección: CR 3 2 35 BRR CENTRO

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
1 7 6 3 1 2	2 0 1 9 1 1 0 8
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 1 7 4 2 7 4 5 5 7	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosmético 4 7 7 3

162. Nombre del establecimiento: ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA SUMINISTRO Y DISPENSACION MEDICAMENTOS Y DM AL SGSSS CAMPOALEGRE

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Huila 4 1	Campoalegre 1 3 2

165. Dirección: CR 9 17 45 51

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
3 3 4 4 9 9	2 0 1 9 1 1 2 7
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 1 7 6 5 9 0 0 2 1	

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14749066411

(415)7707212489984(8020) 000001474906641 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 2 8 0 0 2 4 2 3	5	Impuestos y Aduanas de Neiva	1 3

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosmético 4 7 7 3

162. Nombre del establecimiento: ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA SUMINISTRO Y DISPENSACION MEDICAMENTOS Y DM AL SGSSS IPIALES

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Nariño 5 2	Ipiales 3 5 6

165. Dirección: CR 6 C 26 15 BRR KENNEDY

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
4 6 7 5 3	2 0 1 9 1 2 0 3
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 2 0 3 3 2 1 3 4 8	2 0 2 1 0 3 0 9

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos 4 7 7 3

162. Nombre del establecimiento: ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA SUMINISTRO Y DISPENSACION MEDICAMENTOS Y DM AL SGSSS YOPAL

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Casanare 8 5	Yopal 0 0 1

165. Dirección: CL 10 24 40

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
1 4 4 5 9 7	2 0 1 9 0 9 2 4
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 1 8 8 0 4 1 4 8 1	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosmético 4 7 7 3

162. Nombre del establecimiento: ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA SUMINISTRO Y DISPENSACION MEDICAMENTOS Y DM AL SGSSS POPAYAN

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Cauca 1 9	Popayán 0 0 1

165. Dirección: CR 7 9 N 12

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
1 9 6 0 9 1	2 0 1 9 1 0 1 5
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 1 6 5 2 1 1 9 5 2	

DOCUMENTO NO VALIDO SIN CODIGO QR

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14749066411

(415)7707212489984(8020) 000001474906641 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 2 8 0 0 2 4 2 3	5	Impuestos y Aduanas de Neiva 1 3	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosmético 4 7 7 3

162. Nombre del establecimiento: ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA SUMINISTRO Y DISPENSACION MEDICAMENTOS Y DM AL SGSSS SANTANDER DE QUILICHAO

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Cauca 1 9	Santander de Quilichao 6 9 8

165. Dirección: CR 10 3 S 04

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	168. Teléfono	169. Fecha de cierre
1 9 6 0 9 0	2 0 1 9 1 0 1 5	2 8 4 4 3 3 7 4	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos 4 7 7 3

162. Nombre del establecimiento: ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA SUMINISTRO Y DISPENSACION MEDICAMENTOS Y DM AL SGSSS PASTO

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Nariño 5 2	Pasto 0 0 1

165. Dirección: CR 31 C 19 22 BRR LAS CUADRAS

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	168. Teléfono	169. Fecha de cierre
1 9 4 6 9 7	2 0 1 9 1 0 2 2	3 2 7 3 8 5 1 5 0	2 0 2 1 0 3 0 9

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosmético 4 7 7 3

162. Nombre del establecimiento: ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA SUMINISTRO Y DISPENSACION MEDICAMENTOS Y DM AL SGSSS LIBANO

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Tolima 7 3	Líbano 4 1 1

165. Dirección: CL 2 8 29

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	168. Teléfono	169. Fecha de cierre
6 7 9 4 7	2 0 2 0 0 1 2 2	3 1 5 3 8 1 7 8 1 1	

DOCUMENTO NO CERTIFICADO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14749066411

(415)7707212489984(8020) 000001474906641 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 2 8 0 0 2 4 2 3	5	Impuestos y Aduanas de Neiva	1 3	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento: Establecimiento de comerci 0 2
161. Actividad económica: Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosmético 4 7 7 3
162. Nombre del establecimiento: ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA EL SUMINISTRO Y DISPENSACION DE MEDICAMENTOS Y DM AL SGSSS CHAPARRAL
163. Departamento: Tolima 7 3
164. Ciudad/Municipio: Chaparral 1 6 8
165. Dirección: CR 9 2 41
166. Número de matrícula mercantil: 1 0 1 5 1 1
167. Fecha de la matrícula mercantil: 2 0 2 0 0 1 2 1
168. Teléfono: 3 1 5 3 8 1 7 8 1 1
169. Fecha de cierre:

2

160. Tipo de establecimiento: Establecimiento de comerci 0 2
161. Actividad económica: Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos 4 7 7 3
162. Nombre del establecimiento: ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA EL SUMINISTRO Y DISPENSACION DE MEDICAMENTOS Y DM AL SGSSS SANTA ROSA DE VITERBO
163. Departamento: Boyacá 1 5
164. Ciudad/Municipio: Santa Rosa de Viterbo 6 9 3
165. Dirección: CR 5 5A 29
166. Número de matrícula mercantil: 9 8 6 3 7
167. Fecha de la matrícula mercantil: 2 0 2 0 0 4 0 8
168. Teléfono: 3 1 9 2 9 2 9 5 1 0
169. Fecha de cierre:

3

160. Tipo de establecimiento: Establecimiento de comerci 0 2
161. Actividad económica: Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosmético 4 7 7 3
162. Nombre del establecimiento: ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA EL SUMINISTRO Y DISPENSACION DE MEDICAMENTOS Y DM AL SGSSS PEREIRA
163. Departamento: Risaralda 6 6
164. Ciudad/Municipio: Pereira 0 0 1
165. Dirección: AV TREINA DE AGOSTO 48 31
166. Número de matrícula mercantil: 1 8 1 7 5 1 8 8
167. Fecha de la matrícula mercantil: 2 0 2 0 0 6 3 0
168. Teléfono: 3 1 8 7 8 4 8 2 5 5
169. Fecha de cierre:

DOCUMENTO GENERADO EN LA SEDE ELECTRÓNICA DE LA DIAN

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14749066411

(415)7707212489984(8020) 000001474906641 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 2 8 0 0 2 4 2 3	5	Impuestos y Aduanas de Neiva 1 3	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento: Establecimiento de comerci 0 2
161. Actividad económica: Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosmético 4 7 7 3
162. Nombre del establecimiento: ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA EL SUMINISTRO Y DISPENSACION DE MEDICAMENTOS Y DM AL SGSSS ARMENIA
163. Departamento: Quindío 6 3
164. Ciudad/Municipio: Armenia 0 0 1
165. Dirección: CL 10 15 29 LC 2 ED PROVENZA
166. Número de matrícula mercantil: 2 4 2 5 3 0
167. Fecha de la matrícula mercantil: 2 0 2 0 0 6 0 9
168. Teléfono: 3 1 8 7 8 4 9 1 6 0
169. Fecha de cierre:

2

160. Tipo de establecimiento: Establecimiento de comerci 0 2
161. Actividad económica: Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos 4 7 7 3
162. Nombre del establecimiento: ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA EL SUMINISTRO Y DISPENSACION DE MEDICAMENTOS Y DM AL SGSSS MANIZALES
163. Departamento: Caldas 1 7
164. Ciudad/Municipio: Manizales 0 0 1
165. Dirección: CR 23 A 60 86
166. Número de matrícula mercantil: 2 0 7 0 9 5
167. Fecha de la matrícula mercantil: 2 0 2 0 0 6 0 3
168. Teléfono: 3 1 2 2 6 0 5 5 1 1
169. Fecha de cierre:

3

160. Tipo de establecimiento: Establecimiento de comerci 0 2
161. Actividad económica: Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosmético 4 7 7 3
162. Nombre del establecimiento: ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA EL SUMINISTRO Y DISPENSACION DE MEDICAMENTOS Y DM AL SGSSS PAUNA
163. Departamento: Boyacá 1 5
164. Ciudad/Municipio: Pauna 5 3 1
165. Dirección: CL 6 6 54
166. Número de matrícula mercantil: 1 8 2 0 7 7
167. Fecha de la matrícula mercantil: 2 0 2 0 0 7 1 1
168. Teléfono: 3 1 6 8 3 0 2 0 2 0
169. Fecha de cierre:

DOCUMENTO RESTRINGIDO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14749066411

(415)7707212489984(8020) 000001474906641 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 2 8 0 0 2 4 2 3	5	Impuestos y Aduanas de Neiva	1 3	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosmético 4 7 7 3	

162. Nombre del establecimiento: ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA EL SUMINISTRO Y DISPENSACION DE MEDICAMENTOS Y DM AL SGSSS SABOYA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Boyacá 1 5	Saboyá 6 3 2	

165. Dirección: CL 11 5 23 LC 1

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
1 8 2 3 3 1	2 0 2 0 0 7 1 7	
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**	
3 1 6 8 3 0 2 0 2 0		

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos 4 7 7 3	

162. Nombre del establecimiento: ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA EL SUMINISTRO Y DISPENSACION DE MEDICAMENTOS Y DM AL SGSSS CALI

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Valle del Cauca 7 6	Cali 0 0 1	

165. Dirección: AV ROSEVELT 42 90

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
1 0 8 7 0 3 5 2	2 0 2 0 0 7 1 0	
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**	
3 1 2 2 6 0 5 5 1 1		

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosmético 4 7 7 3	

162. Nombre del establecimiento: ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA EL SUMINISTRO Y DISPENSACION DE MEDICAMENTOS Y DM AL SGSSS VITERBO

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Caldas 1 7	Viterbo 8 7 7	

165. Dirección: CL 8 8 47

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
2 0 8 3 6 1	2 0 2 0 0 7 2 9	
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**	
3 1 8 7 8 0 3 2 6 8		

DOCUMENTO NO VÁLIDO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14749066411

(415)7707212489984(8020) 000001474906641 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 2 8 0 0 2 4 2 3	5	Impuestos y Aduanas de Neiva 1 3	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticol 4 7 7 3

162. Nombre del establecimiento: ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA EL SUMINISTRO Y DISPENSACION DE MEDICAMENTOS Y DM AL SGSSS SAN VICENTE DEL CAGUAN

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Caquetá . 1 8	San Vicente del Caguán 7 5 3

165. Dirección: CL 4 3 5E 2 S C 5R 16

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
1 1 5 5 7 1	2 0 2 0 0 7 3 0
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 1 8 2 0 6 6 8 4 0	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos 4 7 7 3

162. Nombre del establecimiento: ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA EL SUMINISTRO Y DISPENSACION DE MEDICAMENTOS Y DM AL SGSSS SAMACA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Boyacá 1 5	Samacá 6 4 6

165. Dirección: CR 8 4 07 LC 3

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
1 8 2 7 8 0	2 0 2 0 0 8 0 3
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 1 6 8 3 0 2 0 2 0	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosmético 4 7 7 3

162. Nombre del establecimiento: ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA EL SUMINISTRO Y DISPENSACION DE MEDICAMENTOS Y DM AL SGSSS VILLA DE LEYVA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Boyacá 1 5	Villa de Leyva 4 0 7

165. Dirección: CR 9 4 48

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
1 8 2 7 7 9	2 0 2 0 0 8 0 3
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 1 6 8 3 0 2 0 2 0	

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14749066411

(415)7707212489984(8020) 000001474906641 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 2 8 0 0 2 4 2 3	5	Impuestos y Aduanas de Neiva	1 3	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosmético 4 7 7 3	

162. Nombre del establecimiento: ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA EL SUMINISTRO Y DISPENSACION DE MEDICAMENTOS Y DM AL SGSSS DORADA 2

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Caldas 1 7	La Dorada 3 8 0	

165. Dirección: CR 9 47 A 22 LC 102

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
5 7 5 7 6	2 0 2 0 0 8 1 9	
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**	
3 1 7 3 7 0 4 0 2 9		

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos 4 7 7 3	

162. Nombre del establecimiento: ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA EL SUMINISTRO Y DISPENSACION DE MEDICAMENTOS Y DM AL SGSSS CHINCHINA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Caldas 1 7	Chinchiná 1 7 4	

165. Dirección: CL 12 5 35

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
2 5 1 9 8	2 0 2 0 0 8 2 5	
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**	
3 1 8 7 8 0 3 2 6 8		

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Agencia 0 1	Comercio al por mayor de productos farmacéuticos, medicinales, cosmético 4 6 4 5	

162. Nombre del establecimiento: AGENCIA DISCOLMEDICA PEREIRA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Risaralda 6 6	Pereira 0 0 1	

165. Dirección: AV TREINTA DE AGOSTO 48 31

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
1 8 1 7 7 6 8 9	2 0 2 0 0 9 1 0	
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**	
3 1 8 7 8 4 8 2 5 5		

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14749066411

(415)7707212489984(8020) 000001474906641 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 2 8 0 0 2 4 2 3	5	Impuestos y Aduanas de Neiva	1 3	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosmético 4 7 7 3

162. Nombre del establecimiento: ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA EL SUMINISTRO Y DISPENSACION DE MEDICAMENTOS Y DM YUMBO

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Valle del Cauca 7 6	Yumbo 8 9 2

165. Dirección: CL 9 10 08

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
1 1 0 1 3 1 4	2 0 2 0 1 1 1 8
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
6 9 3 3 5 2 3	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos 4 7 7 3

162. Nombre del establecimiento: ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA EL SUMINISTRO Y DISPENSACION DE MEDICAMENTOS Y DM PAZ DEL RIO

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Boyacá 1 5	Paz de Río 5 3 7

165. Dirección: CL 8 1 47

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
1 0 1 1 3 2	2 0 2 0 1 1 1 8
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 1 7 4 3 3 8 9 0	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosmético 4 7 7 3

162. Nombre del establecimiento: ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA EL SUMINISTRO Y DISPENSACION DE MEDICAMENTOS Y DM PAIPA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Boyacá 1 5	Paipa 5 1 6

165. Dirección: CR 17 26 A 43

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
1 0 1 1 3 6	2 0 2 0 1 1 1 7
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 1 5 2 6 2 6 1 0 1	

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14749066411

(415)7707212489984(8020) 000001474906641 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 2 8 0 0 2 4 2 3	5	Impuestos y Aduanas de Neiva	1 3	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosmético 4 7 7 3

162. Nombre del establecimiento: ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA EL SUMINISTRO Y DISPENSACION DE MEDICAMENTOS Y DM BUENAVENTURA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Valle del Cauca 7 6	Buenaventura 1 0 9

165. Dirección: CL 5 15 56

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
1 8 9 1 4 7	2 0 2 0 1 2 0 3
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 1 5 2 3 9 7 8 7 9	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos 4 7 7 3

162. Nombre del establecimiento: ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO PARA DISTRIBUCION Y DISPENSACION DE MEDICAMENTOS Y DM AL SGSSS TUNJA SF MED

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Boyacá 1 5	Tunja 0 0 1

165. Dirección: CR 6 64 B 195 LC 105 BRR NOGAL

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
1 8 0 4 7 5	2 0 2 0 0 5 2 0
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 1 8 4 8 7 1 0 1 5	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosmético 4 7 7 3

162. Nombre del establecimiento: ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS Y DM AL SGSSS CERINZA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Boyacá 1 5	Cerinza 1 6 2

165. Dirección: CL 7 6 80

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
9 6 5 6 0	2 0 2 0 0 3 1 2
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 1 1 8 4 8 1 4 6 2	

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14749066411

(415)7707212489984(8020) 000001474906641 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 2 8 0 0 2 4 2 3	5	Impuestos y Aduanas de Neiva 1 3	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento: Establecimiento de comerci 0 2
161. Actividad económica: Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosmético 4 7 7 3
162. Nombre del establecimiento: ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS Y DM PARA SGSSS SOATA
163. Departamento: Boyacá 1 5
164. Ciudad/Municipio: Soatá 7 5 3
165. Dirección: CL 6 5 44
166. Número de matrícula mercantil: 9 0 0 5 0
167. Fecha de la matrícula mercantil: 2 0 1 8 0 4 1 9
168. Teléfono: 3 2 0 2 2 6 7 7 9 9
169. Fecha de cierre:

2

160. Tipo de establecimiento: Establecimiento de comerci 0 2
161. Actividad económica: Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos 4 7 7 3
162. Nombre del establecimiento: ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA EL SUMINISTRO Y DISPENSACION DE MEDICAMENTOS Y DM AL SGSSS BETEITIVA
163. Departamento: Boyacá 1 5
164. Ciudad/Municipio: Betéitiva 0 9 2
165. Dirección: CL 4 3 12
166. Número de matrícula mercantil: 8 5 3 3 9
167. Fecha de la matrícula mercantil: 2 0 2 1 0 2 2 4
168. Teléfono: 3 1 6 8 3 0 2 0 2
169. Fecha de cierre:

3

160. Tipo de establecimiento: Establecimiento de comerci 0 2
161. Actividad económica: Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosmético 4 7 7 3
162. Nombre del establecimiento: ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA EL SUMINISTRO Y DISPENSACION DE MEDICAMENTOS Y DM AL SGSSS CORRALES
163. Departamento: Boyacá 1 5
164. Ciudad/Municipio: Corrales 2 1 5
165. Dirección: CL 8 4 12
166. Número de matrícula mercantil: 8 5 3 1 7
167. Fecha de la matrícula mercantil: 2 0 2 1 0 2 2 2
168. Teléfono: 3 2 1 2 0 8 1 6 4 5
169. Fecha de cierre:

DOCUMENTO CERTIFICADO POR LA DIAN SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14749066411

(415)7707212489984(8020) 000001474906641 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 2 8 0 0 2 4 2 3	5	Impuestos y Aduanas de Neiva	1 3

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosmético 4 7 7 3

162. Nombre del establecimiento: ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA EL SUMINISTRO Y DISPENSACION DE MEDICAMENTOS Y DM AL SGSSS SATIVANORTE

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Boyacá 1 5	Sativanorte 7 2 0

165. Dirección: CR 3 2 25

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
1 0 4 4 0 3	2 0 2 1 0 2 2 4
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 1 6 8 3 0 2 0 2 0	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos 4 7 7 3

162. Nombre del establecimiento: ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA EL SUMINISTRO Y DISPENSACION DE MEDICAMENTOS Y DM AL SGSSS SOCHA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Boyacá 1 5	Socha 7 5 7

165. Dirección: CL 7 7 24

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
1 0 2 4 0 0	2 0 2 1 0 2 2 4
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 1 6 8 3 0 2 0 2 0	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**

DOCUMENTO SIN COSTO

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

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 JURIDICA

CÓDIGO: ET-CA-FT-022
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

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

FECHA:	2021-05-13	CIUDAD:	BOGOTA D.C.	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 5.2.2.2.2.1, de la Circular 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 de Salud Sur Occidente 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 Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

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

ASEGURADOR	PROVEDOR	CONTRATISTA	PARTICULAR	OTRO	CUAL:
☐	☒	☐	☐	☐	

I. DATOS DE LA PERSONA JURIDICA

RAZON SOCIAL:	DISTRIBUIDORA COLOMBIANA DE MEDICAMENTOS S.A.S. - DISCOLMEDICA S.A.S.	NIT:	828.002.423-5

REPRESENTANTE LEGAL:	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	NOMBRES:
	CORTES	CUBILLOS	ADDY FERNANDO

		NUMERO:	LUGAR DE EXPEDICION	FECHA EXPEDICION AAAA/MM/DD
CEDULA DE CIUDADANÍA	☒			
CEDULA DE EXTRANJERÍA	☐	7.727.146	NEIVA	03/04/2002

FECHA NACIMIENTO AAAA/MM/DD	LUGAR NACIMIENTO:	DEPARTAMENTO:	NACIONALIDAD (1):	NACIONALIDAD (2):
1984-03-22	NEIVA	HUILA	COLOMBIANO	

DIRECCION DOMICILIO PRINCIPAL:	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX
CARRERA 12 No. 12 - 32	NEIVA	HUILA	COLOMBIA	(8) 871 5505

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:	PORTAL/PAGINA INTERNET:
gerencia@discolmedica.com.co	www.discolmedica.com.co

DIRECCION SUCURSAL/AGENCIA:	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX
CALLE 15 No. 33 - 08 / 02	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	COLOMBIA	(1) 702 3267

TIPO DE EMPRESA:	ACTIVIDAD ECONOMICA:			
☐ PUBLICA ☐ MIXTA ☒ PRIVADA ☐ EXTRANJERA	☐ INDUSTRIAL ☒ COMERCIAL ☐ ASEGURADOR ☐ SERVICIOS	☐ AGRICOLA ☒ FARMACEUTICA ☐ TRANSPORTES	☐ SERVICIOS DE SALUD ☐ SERVICIOS FINANCIEROS ☐ OTRA,	CUAL:

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	RENTA/CREE	IVA	I.C.A.	CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONOMIC
	(SI) ☒ (NO) ☐	(SI) X (NO) ☐	(SI) X (NO) ☐	G-4645 G-4773 PRINCIPAL ☒ SECUNDARIA: ☒

GRAN CONTRIBUYENTE	SI	NO	AGENTE RETENEDOR		AGENTE AUTORETENEDOR	
	☐	☒		SI ☒ NO ☐		SI ☐ NO ☒

II. DECLARACION PERSONA PUBLICAMENTE EXPUESTA (PEPS)

POR SU CARGO O ACTIVIDAD ADMINISTRA O TIENE A SU CARGO EL MANEJO DE RECURSOS PUBLICOS	SI ☐ NO ☒
POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUN GRADO O TIPO DE PODER PUBLICO	SI ☐ NO ☒
POR SU ACTIVIDAD, OCUPACION U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PUBLICO GENERAL	SI ☐ NO ☒
ES USTED SUJETIO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAIS DIFERENTE A COLOMBIA	SI ☐ NO ☒

Si contestó afirmativamente alguna de las anteriores preguntas, por favor, especifique:

III. IDENTIFICACION DE ACCIONISTAS, SOCIOS, ASOCIADOS QUE SEAN TITULARES DE MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIPACION

NOMBRE COMPLETO O RAZON SOCIAL (DE REQUERIR UTILICE ANEXO)	% PARTICIPACION	TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION
HOLDING MENDEZ HERNANDEZ S.A.S.	90,00%	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NI ☒ OTRO ☐	901.461.912-8
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NI ☐ OTRO ☐	
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NI ☐ OTRO ☐	
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NI ☐ OTRO ☐	

IV. INFORMACION FINANCIERA

INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	19.745.429.799	ACTIVOS TOTALES	106.704.955.393
INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	15.660.368	PASIVOS TOTALES	52.891.135.891
EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	2.637.879.280	PATRIMONIO	53.813.819.501
EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	286.976.063		

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

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 JURIDICA

CÓDIGO: ET-CA-FT-022
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES:	RENDIMIENTOS FINANCIEROS, INGRESOS DE EJERCICIOS ANTERIORES Y DIVERSOS
CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES:	FINANCIEROS

V. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

IMPORTACIONES	☐	EXPORTACIONES	☐	INVERSIONES	☐
OPERACIONES DE REDESCUENTO	☐	LEASING	☐	TRASFERENCIAS	☐
PRESTAMOS MODENA EXTRANJERA	☐	PAGOS SERVICIOS	☐	OTRAS	☐

Especifique cual:

TIPO PRODUCTO	No DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO OPERACIÓN	CIUDAD	PAIS	MONEDA

VI. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Declaro expresamente que:
1. Los recursos que posee la Empresa provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupacion, oficio, actividad o negocio):

COMERCIO AL POR MAYOR DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS, MEDICINALES, COSMETICOS Y DE TOCADOR

2. Las actividades realizadas por la Empresa se efectuan dentro del Marco Legal. Los recursos que posee NO provienen de actividades ilicitas de conformidad con el Codigo Penal Colombiano.
3. La información suminisrada en este formulario es veraz y verificable, y me obligo a actualizarla cuando asi se requiera.
4. Cláusula para apoderados: Certifico que toda la informacion suministrada y de la cual no soy titular ha sido obtenida de acuerdo con los parametros establecidos legalmente.
5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato NO se destinaran a la financiacion del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

VII. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) dias, expedido por la Camara de Comercio.
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia del documento de identificacion del Representante legal de la Empresa.
4. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado.
5. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.

APODERADO
Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.

VIII. AUTORIZACION DE USO DE INFORMACION

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintedencia 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 articulo 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 utilizacion 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 trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comerciais, 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 9 No 39-46, teléfono 7560505 Cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:
I. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestacón 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 prestacion de servicios de salud.
II. 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 le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámiote de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual 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 determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) 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 integral de los bienes 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 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 satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la ESE 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) 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.
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 mencionadas a: a) Las personas 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 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 exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion 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 celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona jurídica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la 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 estadísticos.
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.

5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran 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 Titulo I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde 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 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.

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 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 compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal c) 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, Bogota DC. Telefono 7560505 E-mail: dirfinanciera@subredsuroccidente.gov.co*** y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.

9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizao, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional 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 FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Firma Cliente / Representante Legal



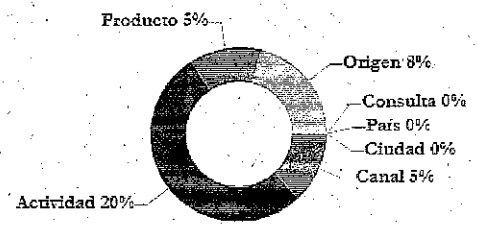
Huella Indice Derecho

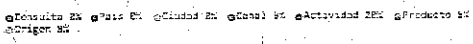
X. INFORMACION DE ENTREVISTA				**XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION**			
1.Fecha		**2. Ciudad**		**1. Fecha**		**2. Ciudad**	
3.Nombre del funcionario o Asesor:				**3. Nombre y Cargo de quien verifica:**			
4. Lugar de la Entrevista:				**4. Lugar de la verificación:**			
5. Observaciones:				**5. Observaciones:**			
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐		**6. Firma y cédula:**			
7. Firma y Cédula							

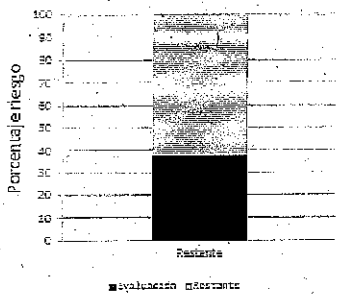
SARLAFTCOL

REPORTE

Nombre	Discolmedica s.a.s
Número de identificación	828002423-5
Alias	
Fecha de reporte	Martes 18 de Mayo del 2021, 7:01 am
Estado consulta	No reportado
País	Colombia
Jurisdicción	-
Canal	Otros
Origen de recursos	Desarrollo de actividad
Producto	Alto
Lista	No se encontro en ninguna lista
Actividad económica	4645 comercio al por mayor de productos farmacéuticos, medicinales, cosméticos y de tocador.







CRITERIOS DE EVALUACIÓN

	INDICADOR	RESULTADO
TIPO DE RELACIÓN	PROVEEDOR	
Consulta	0%	0%
País	5%	0%
Jurisdicción	5%	0%
Canal	5%	5%
Actividad	20%	20%
Producto	5%	5%
Origen de recursos	20%	8%
PERFIL DE RIESGO		38%
		62%

SEÑALES DE ALERTA

Sospechosa	Inusual	Intentada

OBSERVACIONES:

Sin observaciones

Firma

ÁREA PRECONTRACTUAL SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDEN

http://www.sarlaftcol.com/app/app/webroot/DISCOLMEDICAS.A.S.xls

VERIFICACIÓN SARLAFT

OBJETO: Suministro de medicamentos necesarios para la atención de pacientes, según el anexo técnico N°1, para la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

CD-008-2021

Bogotá, D.C., Mayo de 2021

CRITERIOS A EVALUAR	PROPONENTE
	FARMAPOS LTDA
	NIT: 830134902-5
CONDICIONES	CONDICIÓN
	SI/NO
1. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Jurídica, en cumplimiento de lo establecido	SI
2. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Natural, Representante Legal, en cumplimiento de lo establecido en la Circular Externa Nª 009 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud. NOTA 3: El formato SARLAFT presentado en la propuesta debe ir en formato PDF con firma y huella dactilar del representante legal, sin modificar la estructura del mismo.	N/A
CRITERIO	HABILITADO

Mónica E. González Montes
Oficial de Cumplimiento

Adriana Velandia
Adriana Milena Velandia Trujillo
Técnico Administrativo II

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14696853291

(415)7707212489984(8020) 000001469685329 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 3 0 1 3 4 9 0 2	5	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona juridica 1			

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres

35. Razón social
FARMAPOS LTDA

36. Nombre comercial	37. Sigla
FARMAPOS LTDA	

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal
CR 25 39 A 41 BRR LA SOLEDAD

42. Correo electrónico contabilidad@farmapos.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
1 1 1 3 1 1	2 6 9 4 9 0 9	3 1 0 8 8 0 3 9 3 6

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
4 6 4 5	2 0 0 4 0 2 0 6							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	5	7	8	9	1	4	4	2	4	8	5	2														

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
08- Retención timbre nacional
09- Retención en la fuente en el impuesto
14- Informante de exogena
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico

Obligados aduaneros																				Exportadores				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	55. Forma	56. Tipo	Servicio 1	2	3
54. Código																							57. Modo		
																							58. CPC		

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2020 - 07 - 01 / 02 : 07: 30

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo

DOCUMENTO VALIDADO SIN COSTO

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

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 JURÍDICA

CÓDIGO: ET-CA-FT-022
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

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

FECHA:	14-05-2021	CIUDAD:	BOGOTA D.C	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 5.2.2.2.2.1, de la Circular 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 de Salud Sur Occidente 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 Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

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

☐ ASEGURADOR	☒ PROVEDOR	☐ CONTRATISTA	☐ PARTICULAR	☐ OTRO	CUAL:

I. DATOS DE LA PERSONA JURIDICA

RAZON SOCIAL:	FARMAPOS LTDA			NIT:	830.134.902-5
REPRESENTANTE LEGAL:	PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:		NOMBRES:
	ORTEGA		TRASLAVIÑA		FREDY GERARDO
CEDULA DE CIUDADANÍA	☒	NUMERO:	LUGAR DE EXPEDICION		FECHA EXPEDICION AAAA/MM/DD
CEDULA DE EXTRANJERÍA	☐	79'797,724	BOGOTA D.C		1996/12/14

FECHA NACIMIENTO AAAA/MM/DD	LUGAR NACIMIENTO:	DEPARTAMENTO:	NACIONALIDAD (1):	NACIONALIDAD (2):
1977/06/15	BOGOTA D.C	BOGOTA D.C	COL	NO APLICA

DIRECCION DOMICILIO PRINCIPAL:	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX
CARRERA 25 # 39 a41	BOGOTA D.C	BOGOTA D.C	COLOMBIA	3108803936

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:	PORTAL/PAGINA INTERNET:
info@farmapos.com	www.farmapos.com

DIRECCION SUCURSAL/AGENCIA:	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX
NO APLICA				

TIPO DE EMPRESA:		ACTIVIDAD ECONOMICA:			
☐ PUBLICA	☐ INDUSTRIAL	☐ AGRICOLA	☐ SERVICIOS DE SALUD	CUAL:	
☐ MIXTA	☒ COMERCIAL	☒ FARMACEUTICA	☐ SERVICIOS FINANCIEROS		
☒ PRIVADA	☐ ASEGURADOR	☐ TRANSPORTES	☐ OTRA,		
☐ EXTRANJERA	☐ SERVICIOS				

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	RENTA/CREE	(SI) ☒ (NO) ☐	IVA	(SI) ☒ (NO) ☐	I.C.A. (SI) ☒ (NO) ☐	CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONOMIC: 4645 PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☐
GRAN CONTRIBUYENTE	SI ☐ NO ☒	AGENTE RETENEDOR		SI ☐ NO ☒	AGENTE AUTORETENEDOR	SI ☐ NO ☒

II. DECLARACION PERSONA PUBLICAMENTE EXPUESTA (PEPS)

POR SU CARGO O ACTIVIDAD ADMINISTRA O TIENE A SU CARGO EL MANEJO DE RECURSOS PUBLICOS	SI ☐ NO ☒
POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUN GRADO O TIPO DE PODER PUBLICO	SI ☐ NO ☒
POR SU ACTIVIDAD, OCUPACION U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PUBLICO GENERAL	SI ☐ NO ☒
ES USTED SUJETIO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAIS DIFERENTE A COLOMBIA	SI ☐ NO ☒

Si contestó afirmativamente alguna de las anteriores preguntas, por favor, especifique:

III. IDENTIFICACION DE ACCIONISTAS, SOCIOS, ASOCIADOS QUE SEAN TITULARES DE MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIPACION

NOMBRE COMPLETO O RAZON SOCIAL (DE REQUERIR UTILICE ANEXO)	% PARTICIPACION	TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION
FREDY GERARDO ORTEGA TRASLAVIÑA	50%	C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	79'797,724
GIOVANNI ORTEGA TRASLAVIÑA	50%	C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	79'954.567
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	

IV. INFORMACION FINANCIERA

INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	3,013,465,942	ACTIVOS TOTALES	15.083.837.157
INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	181.949.379	PASIVOS TOTALES	8.073.964.668

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

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 JURIDICA

CÓDIGO: ET-CA-FT-022
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	2.995.668.145	PATRIMONIO	7.009.872.489
EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	35.316.667		
CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES:	FINANCIEROS	DIFERENCIA EN CAMBIO	
CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES:	FINANCIEROS	DIFERENCIA EN CAMBIO	

V. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

IMPORTACIONES ☐	EXPORTACIONES ☐	INVERSIONES ☐	Especifique cual:
OPERACIONES DE REDESCUENTO ☐	LEASING ☐	TRASFERENCIAS ☐	
PRESTAMOS MODENA EXTRANJERA ☐	PAGOS SERVICIOS ☐	OTRAS ☐	

TIPO PRODUCTO	No DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO OPERACIÓN	CIUDAD	PAIS	MONEDA

VI. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Declaro expresamente que:
1. Los recursos que posee la Empresa provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupacion, oficio, actividad o negocio):

COMPRA Y VENTA DE MEDICAMENTOS AL POR MAYOR

2. Las actividades realizadas por la Empresa se efectuan dentro del Marco Legal. Los recursos que posee NO provienen de actividades ilicitas de conformidad con el Codigo Penal Colombiano.
3. La información suministrada en este formulario es veraz y verificable, y me obligo a actualizarla cuando asi se requiera.
4. Cláusula para apoderados: Certifico que toda la informacion suministrada y de la cual no soy titular ha sido obtenida de acuerdo con los parametros establecidos legalmente.
5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato NO se destinaran a la financiacion del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

VII. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) dias, expedido por la Camara de Comercio.
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia del documento de identificacion del Representante legal de la Empresa.
4. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado.
5. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.

APODERADO
Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.

VIII. AUTORIZACION DE USO DE INFORMACION

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintedencia 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 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 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 9 No 39-46, teléfono 7560505 Cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:
I. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestacón 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 prestacion de servicios de salud.
II. 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 le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámiote de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual 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 determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) 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 integral de los bienes 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 elaboración de estudios técnicos , estadisticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la ESE 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) 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.
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 mencionadas a: a) Las 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 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 exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion 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 celebracion de contratos de seguros y/o 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 y control de fraudes, la 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 determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

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 JURIDICA

CÓDIGO: ET-CA-FT-022
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me hagan 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 Nacionalde 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.

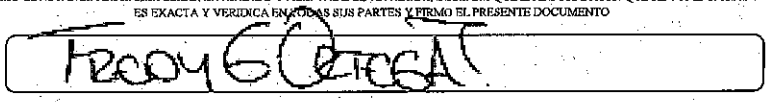
7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.

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 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 compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los 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, Bogota DC, Telefono 7560505 E-mail: dirfinanciera@subredsuroccidente.gov.co*** y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.

9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizao, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional 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 FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO



Firma Cliente / Representante Legal



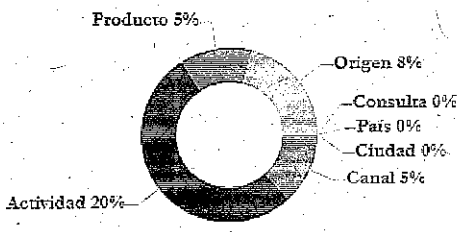
Huella Indice Derecho

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

SARLAFTCOL

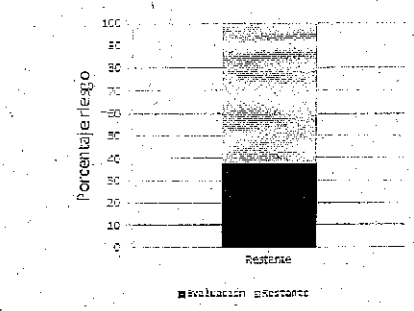
REPORTE

Nombre	Farmapos ltda
Número de identificación	830134902-5
Alias	
Fecha de reporte	Martes 18 de Mayo del 2021, 7:05 am
Estado consulta	No reportado
País	Colombia
Jurisdicción	-
Canal	Otros
Origen de recursos	Desarrollo de actividad
Producto	Alto
Lista	No se encontro en ninguna lista
Actividad económica	4645 comercio al por mayor de productos farmacéuticos, medicinales, cosméticos y de tocador.



CRITERIOS DE EVALUACIÓN

	INDICADOR	RESULTADO
TIPO DE RELACIÓN	PROVEEDOR	
Consulta	0%	0%
País	5%	0%
Jurisdicción	5%	0%
Canal	5%	5%
Actividad	20%	20%
Producto	5%	5%
Origen de recursos	20%	8%
PERFIL DE RIESGO		38%
		62%



SEÑALES DE ALERTA

Sospechosa	Inusual	Intentada

OBSERVACIONES:

Sin observaciones

Firma

ÁREA PRECONTRACTUAL SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDEN

http://www.sarlaftcol.com/app/app/webroot/FARMAPOSLTDA.xls

VERIFICACIÓN SARLAFT

OBJETO: Suministro de medicamentos necesarios para la atención de pacientes, según el anexo técnico N°1, para la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

CD-008-2021

Bogotá, D.C., Mayo de 2021

CRITERIOS A EVALUAR	PROPONENTE
	MEDIC COLOMBIA SAS
	NIT: 901196161-7
CONDICIONES	CONDICIÓN
	SI/NO
1. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Jurídica, en cumplimiento de lo establecido	SI
2. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Natural, Representante Legal, en cumplimiento de lo establecido en la Circular Externa Nº 009 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud. NOTA 3: El formato SARLAFT presentado en la propuesta debe ir en formato PDF con firma y huella dactilar del representante legal, sin modificar la estructura del mismo.	N/A
CRITERIO	HABILITADO

Mónica E. González Montes
Oficial de Cumplimiento

Adriana Milena Velandia Trujillo
Técnico Administrativo II

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14688379360

(415)7707212489984(8020) 000001468837936 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
9 0 1 1 9 6 1 6 1	7	Impuestos de Bogotá	3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona jurídica 1			

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres

35. Razón social
MEDIC COLOMBIA SAS

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal
CR 28 A 71 B 17

42. Correo electrónico	43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
felipe.pinzon@medic.com.co		6 4 5 4 7 8 2	3 1 6 6 1 6 6 2 0 4

CLASIFICACIÓN

Actividad económica					Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 2	51. Código	52. Número establecimientos
4 6 4 5	2 0 1 8 0 7 1 2	4 6 6 9	2 0 1 8 0 7 1 2			

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	5	7	1	0	1	4	1	6	4	2	4	8	5	2												

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar 52 - Facturador electrónico
07- Retención en la fuente a título de rent
10- Obligado aduanero
14- Informante de exogena
16- Obligación facturar por ingresos bienes
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA

Obligados aduaneros										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código	2 2	2 3								
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores					
55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
3	3	57. Modo	1		
		58. CPC	9 7		

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2020 - 03 - 16

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo

Fecha generación documento PDF: 01-07-2020 04:01:19PM

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14688379360

(415)7707212489984(8020) 000001468837936 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 1 1 9 6 1 6 1	7	Impuestos de Bogotá 3 2	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	2	63. Formas asociativas	1 2	64. Entidades e institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	1

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 4	
72. Número		
73. Fecha	2 0 1 8 0 7 1 1	
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro	2 0 1 8 0 7 1 2	
77. No. Matrícula mercantil	0 0 0 2 9 8 4 3 5 7	
78. Departamento	1 1	
79. Ciudad/Municipio	0 0 1	

Vigencia

80. Desde	2 0 1 8 0 7 1 1	
81. Hasta	9 9 9 9 1 2 3 1	

Composición del Capital

82. Nacional	1 0 0 %
83. Nacional público	0 . 0 %
84. Nacional privado	1 0 0 . 0 %
85. Extranjero	0 %
86. Extranjero público	0 . 0 %
87. Extranjero privado	0 . 0 %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Ítem	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	4 9	2 0 1 8 0 7 1 2		
2	8 0	2 0 1 8 0 7 1 2		
3				
4				
5				

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14688379360

(415)7707212489984(8020) 000001468837936 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
9 0 1 1 9 6 1 6 1	7	Impuestos de Bogotá	3 2	

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 1 8 0 7 1 2

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 1 3	1 0 2 0 7 6 8 8 9 9		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
PINZON	BERGSNEIDER	JUAN	FELIPE

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

4

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

5

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Página 4 de 4 **Hoja 5**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14688379360

(415)7707212489984(8020) 000001468837936 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 1 1 9 6 1 6 1	7	Impuestos de Bogotá	3 2

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal

124. Tipo de documento	125. Número de identificación	126. DV	127. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 1 4 1 9 5 2 5 8		2 2 2 7 3 0 T

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres
GARCIA	BUITRAGO	OSCAR	YESID

132. Número de Identificación Tributaria (NIT)	133. DV	134. Sociedad o firma designada

135. Fecha de nombramiento
2 0 1 9 0 1 0 1

Revisor fiscal suplente

136. Tipo de documento	137. Número de identificación	138. DV	139. Número de tarjeta profesional

140. Primer apellido	141. Segundo apellido	142. Primer nombre	143. Otros nombres

144. Número de Identificación Tributaria (NIT)	145. DV	146. Sociedad o firma designada

147. Fecha de nombramiento

Contador

148. Tipo de documento	149. Número de identificación	150. DV	151. Número de tarjeta profesional

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres

156. Número de Identificación Tributaria (NIT)	157. DV	158. Sociedad o firma designada

159. Fecha de nombramiento

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

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 JURIDICA

CÓDIGO: FT-C A-FT-022
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

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

FECHA:	2021-05-13	CIUDAD:	Bogotá	DEPARTAMENTO:	Bogota

Distinguido Cliente Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular 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 de Salud Sur Occidente 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 Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

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

☐ ASEGURADOR	☒ PROVEDOR	☐ CONTRATISTA	☐ PARTICULAR	☐ OTRO	CUAL:

I. DATOS DE LA PERSONA JURIDICA

RAZON SOCIAL:	MEDIC COLOMBIA SAS			NIT:	901.196.161-7
REPRESENTANTE LEGAL:	PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:		NOMBRES:
	PINZÓN		BERGSNEIDER		JUAN FELIPE
CEDULA DE CIUDADANÍA	☒	NUMERO:	LUGAR DE EXPEDICION		FECHA EXPEDICION AAAA/MM/DD
CEDULA DE EXTRANJERÍA	☐	1.020.768.899	BOGOTÁ		15/02/2010

FECHA NACIMIENTO AAAA/MM/DD	LUGAR NACIMIENTO:	DEPARTAMENTO:	NACIONALIDAD (1):	NACIONALIDAD (2):
1992-02-06	MEDELLÍN	ANTIOQUIA	COLOMBIANO	

DIRECCION DOMICILIO PRINCIPAL:	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX
CRA 28 # 71B-17	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIANO	6454782

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:	PORTAL/PAGINA INTERNET:
felipe.pinzon@medic.com.co	www.medic.com.co

DIRECCION SUCURSAL/AGENCIA:	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX
CRA 28 # 71B-17	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIANO	6454782

TIPO DE EMPRESA:

☐ PUBLICA ☐ MIXTA ☒ PRIVADA ☐ EXTRANJERA

ACTIVIDAD ECONOMICA:

☐ INDUSTRIAL ☒ COMERCIAL ☐ ASEGURADOR ☐ SERVICIOS

☐ AGRICOLA ☒ FARMACEUTICA ☐ TRANSPORTES

☐ SERVICIOS DE SALUD ☐ SERVICIOS FINANCIEROS ☐ OTRA

CUAL:

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	RENTA-CREE	ISD: ☒ (SI) ☐ (NO)	IVA	ISD: ☐ (SI) ☐ (NO)	ICA: ☐ (SI) ☐ (NO)	CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMIC: 4645 / 4669 PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☒

GRAN CONTRIBUYENTE	SI ☐ NO ☒	AGENTE RETENEDOR	SI ☐ NO ☐	AGENTE AUTORETENEDOR	SI ☐ NO ☒

II. DECLARACION PERSONA PUBLICAMENTE EXPUESTA (PEPS)

POR SU CARGO O ACTIVIDAD ADMINISTRA O TIENE A SU CARGO EL MANEJO DE RECURSOS PUBLICOS	SI ☐ NO ☒
POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUN GRADO O TIPO DE PODER PÚBLICO	SI ☐ NO ☒
POR SU ACTIVIDAD, OCUPACION U OFICIO GOZA DE RECONOCIMIENTO PUBLICO GENERAL	SI ☐ NO ☒
ES USTED SUJETIO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAIS DIFERENTE A COLOMBIA	SI ☐ NO ☒

Si contestó afirmativamente alguna de las anteriores preguntas, por favor, especifique:

III. IDENTIFICACION DE ACCIONISTAS, SOCIOS, ASOCIADOS QUE SEAN TITULARES DE MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIPACION

NOMBRE COMPLETO O RAZON SOCIAL (DE REQUERIR UTILICE ANEXO)	% PARTICIPACION	TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION
DANIEL GUSTAVO FARFAN	100.00%	C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	1.020.767.594
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

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 JURIDICA

CÓDIGO: ET-CA-FT-022
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

IV. INFORMACION FINANCIERA

INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	4.083.389.348	ACTIVOS TOTALES	20.371.146.320
INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	97.631.223	PASIVOS TOTALES	15.126.920.457
EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	3.669.173.449	PATRIMONIO	5.244.225.863
EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	42.484.217		
CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES	DIVERSOS		
CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES	GASTOS FINANCIEROS- DIVESOS		

V. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

IMPORTACIONES	☐	EXPORTACIONES	☐	INVERSIONES	☐
OPERACIONES DE REDESCUENTO	☐	LEASING	☐	TRASFERENCIAS	☐
PRESTAMOS MODENA EXTRANJERA	☐	PAGOS SERVICIOS	☐	OTRAS	☐

Especifique cual:

TIPO PRODUCTO	No DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO OPERACIÓN	CIUDAD	PAIS	MONEDA
NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA

VI. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Declaro expresamente que:

1. Los recursos que posee la Empresa provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupacion, oficio, actividad o negocio)

Comercializacion, Distribución, de Medicamentos, Insumos y formulas Nutricionales

2. Las actividades realizadas por la Empresa se efectuan dentro del Marco Legal. Los recursos que posee NO provienen de actividades ilicitas de conformidad con el Codigo Penal Colombiano
3. La informacion suministrada en este formulario es veraz y verificable, y me obligo a actualizarla cuando asi se requiera.
4. Clausula para apoderados: Certifico que toda la informacion suministrada y de la cual no soy titular ha sido obtenida de acuerdo con los parametros establecidos legalmente.
5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato NO se destinaran a la financiacion del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas

VII. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) dias, expedido por la Camara de Comercio
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT
3. Fotocopia del documento de identificacion del Representante legal de la Empresa
4. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado
5. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y o dictaminados segun sea el caso

APODERADO

Adjuntar poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notaria Publica

VIII. AUTORIZACION DE USO DE INFORMACIÓN

CONSIDERACIONES

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 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 articulo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que busquen la proteccion de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposicion, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevencion, deteccion, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilizacion no requeriria de una autorizacion de su titular la cual proviene de la Ley
3. Que los datos personales adicionales para el estudio tecnico del riesgo se tratatan observando las disposiciones legales vigentes
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comerciales razon por la cual procedo a emitir la siguiente

AUTORIZACIÓN

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

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 JURIDICA

CÓDIGO: FT-CA-FT 022
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

Para efectos de la presente autorizacion, entiendase 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, telefono 7560505 Cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa ó indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:

I) Que para efectos de acceder a la contratacion y/o prestacion 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 prestacion de servicios de salud

II) 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 seran tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El tramite de solicitud de vinculacion como consumidor, cliente deudor, contraparte contractual y/o proveedor de bienes y servicios. b) 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 seleccion de riesgos. c) La ejecucion y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevencion del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion 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 elaboracion de estudios tecnicos, estadisticas, encuestas, analisis de tendencias del mercado y, en general estudios tecnicos del sector salud. i) Envio de informacion relativa a encuestas de satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio de informacion de Sujetos de tributacion en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Direccion de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los terminos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de informacion en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevencion y control de Lavado de Activos y la Financiacion del 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 podran ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadedas 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, compañias de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes, contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecucion, terminacion y liquidacion 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 celebracion de contratos de seguros y/o 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 y control de fraudes, la seleccion de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios tecnicos y estadisticos.

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.

5. DATOS SENSIBLES. Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran sobre datos personales sensibles de conformidad con la definicion 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 consideracion que el capitulo XI del Titulo I de la Circular Basica Juridica 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 ninas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION. Que como titular de la informacion me 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.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION. Que los responsables del tratamiento de la informacion 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 autorizacion. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entregue o divulguen en desarrollo de lo previsto en el literal el del numeral 3 anterior, seran: 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, Bogota DC, Telefono 7560505 E-mail: dirfinanciera@subredsuroccidente.gov.co*** y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevencion y control del fraude.

9. AUTORIZACION. De manera expresa AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizo de ser necesario la transferencia nacional e internacional de los mismos, por el periodo para las finalidades y en los terminos que nos fueron informado 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 FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO.

Firma Cliente Representante Legal

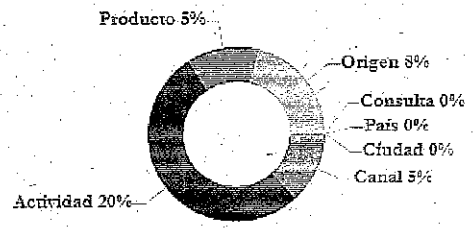
Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA				XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION			
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							

SARLAFTCOL

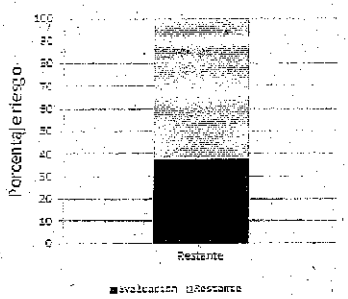
REPORTE

Nombre	Medic colombia sas
Número de identificación	901196161-7
Alias	
Fecha de reporte	Martes 18 de Mayo del 2021, 7:09 am
Estado consulta	No reportado
País	Colombia
Jurisdicción	-
Canal	Otros
Origen de recursos	Desarrollo de actividad
Producto	Alto
Lista	No se encontro en ninguna lista
Actividad económica	4645 comercio al por mayor de productos farmacéuticos, medicinales, cosméticos y de tocador.



CRITERIOS DE EVALUACIÓN

	INDICADOR	RESULTADO
TIPO DE RELACIÓN	PROVEEDOR	
Consulta	0%	0%
País	5%	0%
Jurisdicción	5%	0%
Canal	5%	5%
Actividad	20%	20%
Producto	5%	5%
Origen de recursos	20%	8%
PERFIL DE RIESGO		38%
		62%



SEÑALES DE ALERTA

Sospechosa	Inusual	Intentada

OBSERVACIONES:

Sin observaciones

Firma

VERIFICACIÓN SARLAFT

OBJETO: Suministro de medicamentos necesarios para la atención de pacientes, según el anexo técnico N°1, para la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

CD-008-2021

Bogotá, D.C., Mayo de 2021

CRITERIOS A EVALUAR	PROPONENTE
	MEDICAL GROUP ANMA S.A.S.
	NIT: 900923685-0
CONDICIONES	CONDICIÓN
	SI/NO
1. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Jurídica, en cumplimiento de lo establecido	SI
2. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Natural, Representante Legal, en cumplimiento de lo establecido en la Circular Externa Nº 009 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud. NOTA 3: El formato SARLAFT presentado en la propuesta debe ir en formato PDF con firma y huella dactilar del representante legal, sin modificar la estructura del mismo.	N/A
CRITERIO	HABILITADO

Mónica E. González Montes
Oficial de Cumplimiento

Adriana Velandia
Adriana Milena Velandia Trujillo
Técnico Administrativo II

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14723004344

(415)7707212489984(8020) 000001472300434 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 9 2 3 6 8 5	0	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona jurídica 1			

Lugar de expedición 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres

35. Razón social
MEDICAL GROUP ANMA S.A.S.

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal
CL 53 27 33 OF 507 ED ORBICENTRO 2

42. Correo electrónico contabilidad@mdicalgroup.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
1 1 1 3 1 1	8 7 0 0 7 8 9	3 1 3 4 9 5 5 7 6 1

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
4 6 4 5	2 0 1 5 1 2 2 8	4 7 7 3	2 0 1 5 1 2 2 8	4 6 5 9	4 6 4 1		

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26

53. Código 5 7 1 4 4 2 4 8 5 2

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
14- Informante de exogena
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico

Obligados aduaneros

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

54. Código

11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2020 - 11 - 13 / 09 : 41: 52

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre ESCANDON DUSSAN LEYDY CONSTANZA
985. Cargo Representante legal Certificado

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 08-04-2021 09:19:13AM

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14723004344

(415)7707212489984(8020) 000001472300434 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 9 2 3 6 8 5	0	Impuestos de Bogotá 3 2	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	2	63. Formas asociativas	1 2	64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	1

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 4	0 1
72. Número	0 0 0 0 1	1 8
73. Fecha	2 0 1 5 1 2 2 8	2 0 1 9 1 2 2 3
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	0 3
76. Fecha de registro	2 0 1 6 0 1 0 7	2 0 2 0 0 1 2 8
77. No. Matrícula mercantil	0 0 0 0 0 2 7 5 6 9 3	0 2 5 4 6 0 8 0
78. Departamento	4 1	1 1
79. Ciudad/Municipio	2 3	4

Vigencia

80. Desde	2 0 1 5 1 2 2 8	
81. Hasta	9 9 9 9 1 2 3 1	

Composición del Capital

82. Nacional	1 0 0 %
83. Nacional público	0 . 0 %
84. Nacional privado	1 0 0 . 0 %
85. Extranjero	0 %
86. Extranjero público	0 . 0 %
87. Extranjero privado	0 . 0 %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Ítem	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	9 9	2 0 1 6 0 1 0 7		
2	8 0	2 0 1 8 1 0 1 9		
3				
4				
5				

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

DOCUMENTO GENERADO ELECTRÓNICAMENTE SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14723004344

(415)7707212489984(8020) 000001472300434 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 9 2 3 6 8 5	0	Impuestos de Bogotá	3 2

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 1 9 0 4 0 4

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 1 3	2 6 4 3 0 0 5 4		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
ESCANDON	DUSSAN	LEYDY	CONSTANZA

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL SUPL 1 9	2 0 1 8 1 0 0 5

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadan 1 3	1 7 6 4 5 1 4 4		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
DUSSAN	ORTIZ	RODRIGO	

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

4

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

5

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14723004344

(415)7707212489984(8020) 000001472300434 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 9 2 3 6 8 5	0	Impuestos de Bogotá 3 2	

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal

124. Tipo de documento	125. Número de identificación	126. DV	127. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	7 7 2 1 4 5 1		1 6 0 9 8 8 T

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres
RIOS	RODRIGUEZ	WALTER	HERNAN

132. Número de Identificación Tributaria (NIT)	133. DV	134. Sociedad o firma designada

135. Fecha de nombramiento: 2 0 2 0 0 1 2 8

Revisor fiscal suplente

136. Tipo de documento	137. Número de identificación	138. DV	139. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 7 5 2 9 0 0 1 5		2 4 8 2 5 1 T

140. Primer apellido	141. Segundo apellido	142. Primer nombre	143. Otros nombres
MENDOZA	OCHOA	ANGIE	MILETH

144. Número de Identificación Tributaria (NIT)	145. DV	146. Sociedad o firma designada

147. Fecha de nombramiento: 2 0 2 0 0 1 2 8

Contador

148. Tipo de documento	149. Número de identificación	150. DV	151. Número de tarjeta profesional

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres

156. Número de Identificación Tributaria (NIT)	157. DV	158. Sociedad o firma designada

159. Fecha de nombramiento:

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

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 JURIDICA

CÓDIGO: ET-CA-FT-022
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

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

FECHA:	2021-05-14	CIUDAD:	BOGOTA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA

Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular 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 de Salud Sur Occidente 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 Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

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

☐ ASEGURADOR	☒ PROVEDOR	☐ CONTRATISTA	☐ PARTICULAR	☐ OTRO	CUAL:

I. DATOS DE LA PERSONA JURIDICA

RAZON SOCIAL:	MEDICAL GROUP ANMA S.A.S		NIT:	900.923.685-0
REPRESENTANTE LEGAL:	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	NOMBRES:	
	ESCANDON	DUSSAN	LEYDY CONSTANZA	
CEDULA DE CIUDADANÍA ☒	NUMERO:	LUGAR DE EXPEDICION	FECHA EXPEDICION AAAA/MM/DD	
CEDULA DE EXTRANJERÍA ☐	26.430.054	NEIVA- HUILA	28/01/2003	

FECHA NACIMIENTO AAAA/MM/DD	LUGAR NACIMIENTO:	DEPARTAMENTO:	NACIONALIDAD (1):	NACIONALIDAD (2):
1984-12-27	FLORENCIA	CAQUETA	COLOMBIANA	

DIRECCION DOMICILIO PRINCIPAL:	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX
CALLE 53 No. 27-33	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	8700789

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:	PORTAL/PAGINA INTERNET:
asesor_admon@mdicalgroup.com	

DIRECCION SUCURSAL/AGENCIA:	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX
CALLE 28 No.26-27	NEIVA	HUILA	COLOMBIA	8700789

TIPO DE EMPRESA:	ACTIVIDAD ECONOMICA:			
☐ PUBLICA	☐ INDUSTRIAL	☐ AGRICOLA	☐ SERVICIOS DE SALUD	CUAL:
☐ MIXTA	☒ COMERCIAL	☒ FARMACEUTICA	☐ SERVICIOS FINANCIEROS	
☒ PRIVADA	☐ ASEGURADOR	☐ TRANSPORTES	☐ OTRA,	
☐ EXTRANJERA	☐ SERVICIOS			

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	RENTA/CREE	IVA	I.C.A.	CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONOMIC
	(SI) ☒ (NO) ☐	(SI) ☒ (NO) ☐	(SI) ☒ (NO) ☐	4645 / 4773 PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☒

GRAN CONTRIBUYENTE	SI ☐ NO ☒	AGENTE RETENEDOR	SI ☒ NO ☐	AGENTE AUTORETENEDOR	SI ☐ NO ☒

II. DECLARACION PERSONA PUBLICAMENTE EXPUESTÁ (PEPS)

POR SU CARGO O ACTIVIDAD ADMINISTRA O TIENE A SU CARGO EL MANEJO DE RECURSOS PUBLICOS	SI ☐ NO ☒
POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUN GRADO O TIPO DE PODER PUBLICO	SI ☐ NO ☒
POR SU ACTIVIDAD, OCUPACION U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PUBLICO GENERAL	SI ☐ NO ☒
ES USTED SUJETIO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAIS DIFERENTE A COLOMBIA	SI ☐ NO ☒

Si contestó afirmativamente alguna de las anteriores preguntas, por favor, especifique:

III. IDENTIFICACION DE ACCIONISTAS, SOCIOS, ASOCIADOS QUE SEAN TITULARES DE MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIPACION

NOMBRE COMPLETO O RAZON SOCIAL (DE REQUERIR UTILICE ANEXO)	% PARTICIPACION	TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION
LEYDY CONSTANZA ESCANDON DUSSAN	78,94%	C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	26.430.054
ANTONELLA CANTILLO ESCANDON	10,53%	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☒ NIT ☐ OTRO ☐	1.077.238.938
MATHIAS CANTILLO ESCANDON	10,53%	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☒ NIT ☐ OTRO ☐	1.077.244.362
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

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 JURIDICA

CÓDIGO: ET-CA-FT-022
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

IV. INFORMACION FINANCIERA

INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	1.723.232.121	ACTIVOS TOTALES	13.066.307.139
INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	7.340.210	PASIVOS TOTALES	6.691.437.504
EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	1.340.346.835	PATRIMONIO	6.374.869.635
EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	111.582.091		
CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES:	DESCUENTOS COMERCIALES Y REINTEGRO DE COSTOS O GASTOS		
CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES:	IMPUESTOS DE VIGENCIAS ANTERIORES - INTERESES		

V. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

IMPORTACIONES ☐	EXPORTACIONES ☐	INVERSIONES ☐	Especifique cual:
OPERACIONES DE REDESCUENTO ☐	LEASING ☐	TRASFERENCIAS ☐	
PRESTAMOS MODENA EXTRANJERA ☐	PAGOS SERVICIOS ☐	OTRAS ☐	

TIPO PRODUCTO	No DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO OPERACIÓN	CIUDAD	PAIS	MONEDA

VI. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Declaro expresamente que:

1. Los recursos que posee la Empresa provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupacion, oficio, actividad o negocio):

COMERCIALIZACION Y DISTRIBUCION DE MEDICAMENTOS, PRODUCTOS FARMACEUTICOS, ODONTOLOGICOS, EQUIPOS MEDICOS, ETC

2. Las actividades realizadas por la Empresa se efectuan dentro del Marco Legal. Los recursos que posee NO provienen de actividades ilicitas de conformidad con el Codigo Penal Colombiano.
3. La información suministrada en este formulario es veraz y verificable, y me obligo a actualizarla cuando asi se requiera.
4. Cláusula para apoderados: Certifico que toda la informacion suministrada y de la cual no soy titular ha sido obtenida de acuerdo con los parametros establecidos legalmente.
5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato NO se destinaran a la financiacion del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

VII. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Camara de Comercio.
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia del documento de identificacion del Representante legal de la Empresa.
4. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado.
5. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.

APODERADO

Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.

VIII. AUTORIZACION DE USO DE INFORMACION

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintedencia 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 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 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

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

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 JURIDICA

CÓDIGO: ET-CA-FT-022
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

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 9 No 39-46, teléfono 7560505 Cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:

I. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestacón 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 prestacion de servicios de salud.

II. 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 le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámiote de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual 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 determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) 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 integral de los bienes 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 elaboración de estudios técnicos , estadisticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la ESE 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) 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.

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 mencionadas a: a) Las 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 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 exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion 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 celebracion de contratos de seguros y/o 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 y control de fraudes, la 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 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 haran 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 Juridica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde 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.

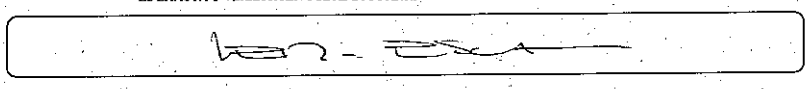
7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, acturalizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred 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 compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los 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, Bogota DC, Telefono 7560505 E-mail: dirfinanciera@subredsuroccidente.gov.co*** y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.

9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizao, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional 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 FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO



Firma Cliente / Representante Legal



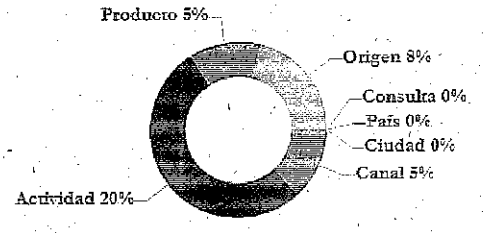
Huella Indice Derecho

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

SARLAFTCOL

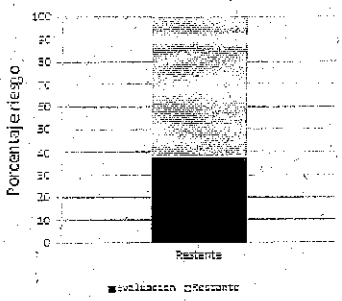
REPORTE

Nombre	Medical group anma s.a.s.
Número de identificación	900923685-0
Alias	
Fecha de reporte	Martes 18 de Mayo del 2021, 7:13 am
Estado consulta	No reportado
País	Colombia
Jurisdicción	-
Canal	Otros
Origen de recursos	Desarrollo de actividad
Producto	Alto
Lista	No se encontro en ninguna lista
Actividad económica	4645 comercio al por mayor de productos farmacéuticos, medicinales, cosméticos y de tocador.



CRITERIOS DE EVALUACIÓN

	INDICADOR	RESULTADO
TIPO DE RELACIÓN	PROVEEDOR	
Consulta	0%	0%
País	5%	0%
Jurisdicción	5%	0%
Canal	5%	5%
Actividad	20%	20%
Producto	5%	5%
Origen de recursos	20%	8%
PERFIL DE RIESGO		38%
		62%



SEÑALES DE ALERTA

Sospechosa	Inusual	Intentada

OBSERVACIONES:

Sin observaciones

Firma

ÁREA PRECONTRACTUAL SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDEN

http://www.sarlaftcol.com/app/app/webroot/MEDICALGROUPANMAS.A.S..xls

VERIFICACIÓN SARLAFT

OBJETO: Suministro de medicamentos necesarios para la atención de pacientes, según el anexo técnico N°1, para la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

CD-008-2021

Bogotá, D.C., Mayo de 2021

CRITERIOS A EVALUAR	PROPONENTE
	PROCLIN PHARMA S A
	NIT: 800090902-5
CONDICIONES	CONDICIÓN
	SI/NO
1. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Jurídica, en cumplimiento de lo establecido	SI
2. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Natural, Representante Legal, en cumplimiento de lo establecido en la Circular Externa Nª 009 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud. NOTA 3: El formato SARLAFT presentado en la propuesta debe ir en formato PDF con firma y huella dactilar del representante legal, sin modificar la estructura del mismo.	N/A
CRITERIO	HABILITADO

Mónica E. González Montes
Oficial de Cumplimiento

Adriana Velandia

Adriana Milena Velandia Trujilló
Técnico Administrativo II

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 02 Actualización

4. Número de formulario 14751890505

(415)7707212489984(8020) 000001475189050 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 0 0 9 0 9 0 2	5	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona jurídica 1			

Lugar de expedición 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres

35. Razón social
PROCLIN PHARMA S A

36. Nombre comercial	37. Sigla
PROCLIN PHARMA S A	

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal
CR 68 D 98 A 73

42. Correo electrónico CONTABILIDAD@PROCLINPHARMA.COM

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	2 2 6 2 0 0 0	5 9 3 6 9 6 9

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
4 6 4 5	1 9 9 0 0 3 1 6	4 6 5 9	1 9 9 0 0 3 1 6	6 8 1 0			1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 3	5	7	8	9	1 0	1 4	1 6	4 2	4 8	5 2															

03- Impuesto al patrimonio
05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
08- Retención timbre nacional
09- Retención en la fuente en el impuesto
10- Obligado aduanero
14- Informante de exogena
16- Obligación facturar por ingresos bienes
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico

Obligados aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código 2 3	2 2								

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
2	1	57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2021 - 04 - 12 / 12 : 55: 43

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre TORRES MONROY JAIME ARTURO
985. Cargo Representante legal Certificado

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14751890505

(415)7707212489984(8020) 000001475189050 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 0 0 9 0 9 0 2	5	Impuestos de Bogotá	3 2

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	2	63. Formas asociativas	3	64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	1

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 5	0 5
72. Número	1 2 1 0	1 9 2 6
73. Fecha	1 9 9 0 0 3 1 6	2 0 0 4 0 8 1 0
74. Número de notaría	9	3 9
75. Entidad de registro	0 3	0 3
76. Fecha de registro	1 9 9 0 0 3 2 9	2 0 0 4 0 8 2 3
77. No. Matrícula mercantil	0 0 0 4 0 3 5 1 9	9 4 9 0 9 5
78. Departamento	1 1	1 1
79. Ciudad/Municipio	4	4
Vigencia		
80. Desde	1 9 9 0 0 3 1 6	1 9 9 0 0 3 1 6
81. Hasta	2 0 2 5 1 2 3 1	2 0 2 5 1 2 3 1

Composición del Capital

82. Nacional	1 0 0 %
83. Nacional público	0 . 0 %
84. Nacional privado	1 0 0 . 0 %
85. Extranjero	0 %
86. Extranjero público	0 . 0 %
87. Extranjero privado	0 . 0 %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control: Superintendencia de Sociedades — 5

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	7 9	2 0 1 4 0 1 0 1		
2	7 4	2 0 1 8 1 0 0 1	9 0 0 3 9 9 7 4 1	7
3				
4				
5				

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

DOCUMENTO GENERADO CON FINES INFORMATIVOS

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14751890505

(415)7707212489984(8020) 000001475189050 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 0 0 9 0 9 0 2	5	Impuestos de Bogotá	3 2

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 0 4 0 5 1 8

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 1 3	1 9 2 6 3 6 2 9		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
TORRES	MONROY	JAIME	ARTURO

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL SUPL 1 9	2 0 0 4 0 5 1 8

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadan 1 3	5 1 9 7 7 9 9 7		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
HERNANDEZ	JIMENEZ	ALBA	YANETH

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL SUPL 1 9	2 0 0 4 0 8 2 5

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadan 1 3	4 1 6 2 0 1 0 9		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
MESA	JARAMILLO	BEATRIZ	ELENA

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

4

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL SUPL 1 9	2 0 2 0 1 1 0 4

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadan 1 3	1 0 7 0 0 0 8 2 4 4		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
TORRES	MESA	JUAN	SEBASTIAN

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

5

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL SUPL 1 9	2 0 2 0 1 1 0 4

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudada 1 3	1 0 7 2 2 7 0 1 2 4 8		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
TORRES	MESA	MATEO	

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14751890505

(415)7707212489984(8020) 000001475189050 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 0 0 9 0 9 0 2	5	Impuestos de Bogotá 3 2	

Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

1

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad	
Cédula de Ciudada 1 3	1 9 2 6 3 6 2 9		COLOMBIA	1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
TORRES	MONROY	JAIME	ARTURO

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 0 4 0 5 1 8	

2

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad	
Cédula de Ciudada 1 3	4 1 6 2 0 1 0 9		COLOMBIA	1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
MESA	JARAMILLO	BEATRIZ	ELENA

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 0 4 0 5 1 8	

3

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad	
Cédula de Ciudada 1 3	1 0 7 0 0 0 8 2 4 4		COLOMBIA	1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
TORRES	MESA	JUAN	SEBASTIAN

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 0 4 0 5 1 8	

4

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad	
Cédula de Ciudadan 1 3	1 0 7 2 7 0 1 2 4 8		COLOMBIA	1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
TORRES	MESA	MATEO	

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 0 4 0 5 1 8	

5

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad	
Cédula de Ciudadan 1 3	8 0 2 0 0 6 6 6		COLOMBIA	1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
TORRES	ABADIA	FRANCISCO	JAVIER

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 0 4 0 5 1 8	

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO CONTROLADO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14751890505

(415)7707212489984(8020) 000001475189050 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 0 0 9 0 9 0 2	5	Impuestos de Bogotá	3 2

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal

124. Tipo de documento	125. Número de identificación	126. DV	127. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	7 2 2 2 8 1 8		3 3 6 5 4 T

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres
QUINTERO	CARDENAS	EDGAR	ORLANDO

132. Número de Identificación Tributaria (NIT)	133. DV	134. Sociedad o firma designada

135. Fecha de nombramiento: 2 0 2 1 0 4 0 9

Revisor fiscal suplente

136. Tipo de documento	137. Número de identificación	138. DV	139. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 1 5 4 3 9 1 5 9		2 1 5 8 3 6 T

140. Primer apellido	141. Segundo apellido	142. Primer nombre	143. Otros nombres
GUTIERREZ	ALFONSO	DIANA	PAOLA

144. Número de Identificación Tributaria (NIT)	145. DV	146. Sociedad o firma designada

147. Fecha de nombramiento: 2 0 2 1 0 4 0 9

Contador

148. Tipo de documento	149. Número de identificación	150. DV	151. Número de tarjeta profesional

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres

156. Número de Identificación Tributaria (NIT)	157. DV	158. Sociedad o firma designada

159. Fecha de nombramiento:

DOCUMENTO GENERADO ELECTRÓNICAMENTE SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14751890505

(415)7707212489984(8020) 000001475189050 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá	14. Buzón electrónico
8 0 0 0 9 0 9 0 2	5	3 2	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por mayor de productos farmacéuticos, medicinales, cosméticos 4 6 4 5	

162. Nombre del establecimiento: PROCLIN PHARMA S A

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1	

165. Dirección: CL 35 21 35

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
1 1 4 0 6 6 4	1 9 9 0 0 3 1 6	
168. Teléfono: 2 8 5 1 2 1 6	169. Fecha de cierre	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	

DOCUMENTO CERTIFICADO POR LA DIAN SIN COSTO

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

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 JURIDICA

CÓDIGO: ET-CA-FT-022
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

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

FECHA:	14 de mayo de 2021	CIUDAD:	Bogotá	DEPARTAMENTO:	Cundinamarca

Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular 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 de Salud Sur Occidente 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 Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

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

☐ ASEGURADOR	☒ PROVEDOR	☐ CONTRATISTA	☐ PARTICULAR	☐ OTRO	CUAL:

I. DATOS DE LA PERSONA JURIDICA

RAZON SOCIAL:	PROCLIN PHARMA S.A.		NIT:	800.090.902-5
REPRESENTANTE LEGAL:	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	NOMBRES:	
	HERNÁNDEZ	JIMÉNEZ	ALBA YANETH	

CEDULA DE CIUDADANÍA	☒	NUMERO:	LUGAR DE EXPEDICION	FECHA EXPEDICIÓN AAAA/MM/DD
CEDULA DE EXTRANJERÍA	☐	51.977.997	Bogotá	12/09/1989

FECHA NACIMIENTO AAAA/MM/DD	LUGAR NACIMIENTO:	DEPARTAMENTO:	NACIONALIDAD (1):	NACIONALIDAD (2):
1971-04-06	Bogotá	Cundinamarca	Colombiana	

DIRECCION DOMICILIO PRINCIPAL:	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX
Carrera 68d No. 98a-73	Bogotá	Cundinamarca	Colombia	5936969

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:	PORTAL/PAGINA INTERNET:
licitaciones@proclinpharma.com	ww.proclinpharma.com

DIRECCION SUCURSAL/AGENCIA:	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX

TIPO DE EMPRESA:	ACTIVIDAD ECONOMICA:			
☐ PUBLICA ☐ MIXTA ☒ PRIVADA ☐ EXTRANJERA	☐ INDUSTRIAL ☒ COMERCIAL ☐ ASEGURADOR ☐ SERVICIOS	☐ AGRICOLA ☐ FARMACEUTICA ☐ TRANSPORTES	☐ SERVICIOS DE SALUD ☐ SERVICIOS FINANCIEROS ☐ OTRA,	CUAL:

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	RENTA/CREE	IVA	I.C.A.	CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONOMIC
	(SI) ☒ (NO) ☐	(SI) ☐ (NO) ☐	(SI) ☒ (NO) ☐	4645 / 4659 — PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☐

GRAN CONTRIBUYENTE	SI ☐ NO ☒	AGENTE RETENEDOR	SI ☐ NO ☒	AGENTE AUTORETENEDOR	SI ☐ NO ☒

II. DECLARACION PERSONA PUBLICAMENTE EXPUESTA (PEPS)

POR SU CARGO O ACTIVIDAD ADMINISTRA O TIENE A SU CARGO EL MANEJO DE RECURSOS PUBLICOS	SI ☐ NO ☒
POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUN GRADO O TIPO DE PODER PUBLICO	SI ☐ NO ☒
POR SU ACTIVIDAD, OCUPACION U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PUBLÍCO GENERAL	SI ☐ NO ☒
ES USTED SUJETIO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAIS DIFERENTE A COLOMBIA	SI ☐ NO ☒

Si contestó afirmativamente alguna de las anteriores preguntas, por favor, especifique:

III. IDENTIFICACION DE ACCIONISTAS, SOCIOS, ASOCIADOS QUE SEAN TITULARES DE MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIPACION

NOMBRE COMPLETO O RAZON SOCIAL (DE REQUERIR UTILICE ANEXO)	% PARTICIPACION	TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION
Juan Sebastián Torres Mesa	42,00%	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTR ☐	1.070.008.244
Mateo Torres Mesa	42,00%	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTR ☐	1.072.701.248
Javier Francisco Torres Abadia	16,00%	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTR ☐	80.200.666
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTR ☐	

IV. INFORMACION FINANCIERA

INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	1.146.406.833	ACTIVOS TOTALES	35.338.054.000
INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	18.995.500	PASIVOS TOTALES	16.671.185.000
EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	990.428.000	PATRIMONIO	18.666.870.000

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

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 JURIDICA

CÓDIGO: ET-CA-FT-022
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	104.357.750	[illegible]
CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES:	ARRENDAMIENTOS	
CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES:	ARRENDAMIENTOS	

V. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI [X] NO [ ]

IMPORTACIONES	[X]	EXPORTACIONES	[X]	INVERSIONES	[ ]
OPERACIONES DE REDESCUENTO	[ ]	LEASING	[ ]	TRASFERENCIAS	[ ]
PRESTAMOS MODENA EXTRANJERA	[ ]	PAGOS SERVICIOS	[ ]	OTRAS	[ ]

Especifique cual:

TIPO PRODUCTO	No DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO OPERACIÓN	CIUDAD	PAIS	MONEDA
CUENTA CORRIENTE	44394252	BANCO DE BOGOTA		HYDERABAD	INDIA	USD
CUENTA CORRIENTE	44400257	BANCO DE BOGOTA		HYDERABAD	INDIA	USD

VI. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Declaro expresamente que:
1. Los recursos que posee la Empresa provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupacion, oficio, actividad o negocio):

DISTRIBUCIÓN, REPRESENTACIÓN, COMERCIALIZACIÓN, FABRICACIÓN, IMPORTACIÓN Y EXPORTACIÓN DE TODA CLASE DE MEDICAMENTOS DE USO HUMANO

2. Las actividades realizadas por la Empresa se efectuan dentro del Marco Legal. Los recursos que posee NO provienen de actividades ilicitas de conformidad con el Codigo Penal Colombiano.
3. La información suminisrada en este formulario es veraz y verificable, y me obligo a actualizarla cuando asi se requiera.
4. Cláusula para apoderados: Certifico que toda la informacion suministrada y de la cual no soy titular ha sido obtenida de acuerdo con los parametros establecidos legalmente.
5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato NO se destinaran a la financiacion del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

VII. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) dias, expedido por la Camara de Comercio.
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia del documento de identificacion del Representante legal de la Empresa.
4. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado.
5. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.

APODERADO
Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.

VIII. AUTORIZACION DE USO DE INFORMACION

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintedencia 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 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 utilizacion 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 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 9 No 39-46, teléfono 7560505 Cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.
Declaro expresamente:
I. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestacón 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 prestacion de servicios de salud.
II. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
1. FINALIDAD DEL TRÁTAMIENTO 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 trámiote de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual 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 determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) 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 integral de los bienes 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 elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envio de información relativa a encuestas de satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Intemal 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.
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 mencionadas a: a) Las 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 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 exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion 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 celebracion de contratos de seguros y/o 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 y control de fraudes, la 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 estadísticos.
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.

5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran 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 Nacionalde 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 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.
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 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 compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal c) 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, Bogota DC, Telefono 7560505 E-mail: dirfinanciera@subredsuroccidente.gov.co*** y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.
9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizao, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional 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 FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO



Firma Cliente / Representante Legal



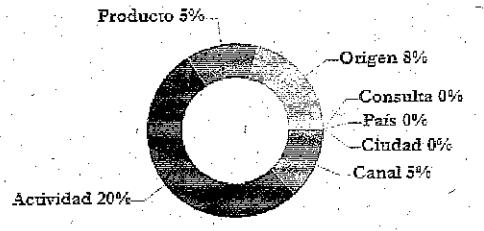
Huella Indice Derecho

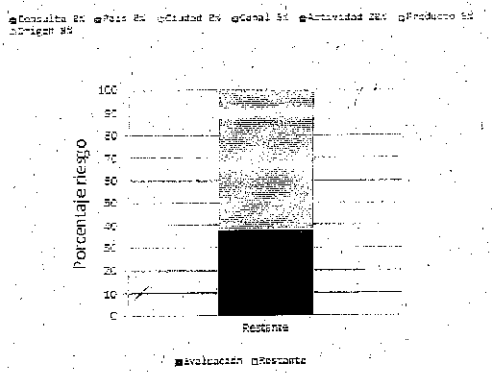
X. INFORMACION DE ENTREVISTA				**XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION**			
1.Fecha		**2. Ciudad**		**1. Fecha**		**2. Ciudad**	
3.Nombre del funcionario o Asesor:				**3. Nombre y Cargo de quien verifica:**			
4. Lugar de la Entrevista:				**4. Lugar de la verificación:**			
5. Observaciones:				**5. Observaciones:**			
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐		**6. Firma y cédula:**			
7. Firma y Cédula							

SARLAFTCOL

REPORTE

Nombre	Proclin pharma s a
Número de identificación	800090902-5
Alias	
Fecha de reporte	Martes 18 de Mayo del 2021, 7:17 am
Estado consulta	No reportado
País	Colombia
Jurisdicción	-
Canal	Otros
Origen de recursos	Desarrollo de actividad
Producto	Alto
Lista	No se encontro en ninguna lista
Actividad económica	4645 comercio al por mayor de productos farmacéuticos, medicinales, cosméticos y de tocador.





CRITERIOS DE EVALUACIÓN

	INDICADOR	RESULTADO
TIPO DE RELACIÓN	PROVEEDOR	
Consulta	0%	0%
País	5%	0%
Jurisdicción	5%	0%
Canal	5%	5%
Actividad	20%	20%
Producto	5%	5%
Origen de recursos	20%	8%
PERFIL DE RIESGO		38%
		62%

SEÑALES DE ALERTA

Sospechosa	Inusual	Intentada

OBSERVACIONES:

Sin observaciones

Firma

ÁREA PRECONTRACTUAL SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDEN

http://www.sarlaftcol.com/app/app/webroot/PROCLINPHARMASA.xls

BOGOTÁ | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

VERIFICACIÓN SARLAFT

OBJETO: Suministro de medicamentos necesarios para la atención de pacientes, según el anexo técnico N°1, para la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

CD-008-2021

Bogotá, D.C., Mayo de 2021

CRITERIOS A EVALUAR	PROPONENTE
	SALAMANCA RAFAEL ANTONIO
	NIT: 17068260-3
CONDICIONES	CONDICIÓN
	SI/NO
1. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Jurídica, en cumplimiento de lo establecido	N/A
2. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Natural, Representante Legal, en cumplimiento de lo establecido en la Circular Externa Nª 009 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud. NOTA 3: El formato SARLAFT presentado en la propuesta debe ir en formato PDF con firma y huella dactilar del representante legal, sin modificar la estructura del mismo.	SI
CRITERIO	HABILITADO

Mónica E. González Montes
Oficial de Cumplimiento

Adriana Milena Velandia Trujillo
Técnico Administrativo II

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14730126972

(415)7707212489984(8020) 000001473012697 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 7 0 6 8 2 6 0	3	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 7 0 6 8 2 6 0	1 9 6 3 1 2 1 0

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
SALAMANCA		RAFAEL	ANTONIO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: TV 93 51 98 BG 18 PAR EMPRES PTA DEL SOL

42. Correo electrónico: info@ddb.com.co

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
1 1 1 1 0 7 1 0 6 2	7 4 3 2 5 9 7	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
4 6 4 5	1 9 7 2 0 1 0 1	4 7 7 3	2 0 0 1 0 1 0 1	7 0 1 0	4 9 2 3		1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 3 5 7 9 10 14 42 48 52

- 03- Impuesto al patrimonio
- 05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
- 07- Retención en la fuente a título de rent
- 09- Retención en la fuente en el impuesto
- 10- Obligado aduanero
- 14- Informante de exogena
- 42- Obligado a llevar contabilidad
- 48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
- 52 - Facturador electrónico

Obligados aduaneros

54. Código: 22 23

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio 1	2	3
3	1	57. Modo		
		58. CPC		

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 1 61. Fecha 2021 - 01 - 09 / 08 : 55: 18

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre CAICEDO SUAREZ DAVID ORLANDO
985. Cargo Analista II

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 09-01-2021 09:14:17AM

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

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: ET-CA-FT- 011
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

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

FECHA:	2021-05-14	CIUDAD:	BOGOTA D.C.	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA

Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular 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 de Salud Centro Oriente 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 Sistema de Administracion 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:	OTRO
X						

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
SALAMANCA		RAFAEL	ANTONIO

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	17.068.260	BOGOTA D.C.	1963-12-10
PASAPORTE	OTRO	CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI X NO	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1942-03-19	FIRAVOTOBA	COLOMBIA	COLOMBIANO

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) CASADO(A) DIVORCIADO(A) UNION LIBRE X VIUDO(A)	1	5	3108649372

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA			PROFESION/ OFICIO
MAGISTER POSGRADO UNIVERSITARIO BACHILLER PRIMARIA TECNICO X TECNOLOGO OTRO	CUAL:		COMERCIANTE

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Calle 61 N° 53 - 16	Bogotá D.C.	Cundinamarca	Colombia	2221090

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
licitaciones1@ddb.com.co	www.ddb.com.co	PROPIA X	FAMILIAR	ARRENDADA

DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX
Transv 93 N° 51 98 Bod 18	Bogotá D.C.	Cundinamarca	Colombia	7432597

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
NIETO	FORERO	CLAUDIA	PATRICIA

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)		FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	51.637.590	Bogotá D.C.	Cundinamarca	25/08/1980	
PASAPORTE	OTRO	CUAL:		N/A	ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI X NO		NACIONALIDAD:	COLOMBIANA

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO	ESTUDIANTE	HOGAR	PENSIONADO	CUAL:	N/A
SOCIO	CONTRATISTA	COMERCIANTE X	EMPLEADO PUBLICO		
PROFESIONAL INDEPENDIENTE	EMPLEADO SOCIO		OTRA.....		

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA				CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
	SI X	IVA	SI X	NO	4645	4773
	NO	ICA	SI X	NO	PRINCIPAL: X	SECUNDARIA: X

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

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: ET-CA-FT- 011
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

SI [ ] NO [X]	SI [ ] NO [X]	DEPOSITO DE DROGAS BOYACA			
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO [ ] COMERCIAL [X] SERVICIOS [ ] SALUD [ ]			NIT	17.068.260-3
EXPORTACIONES [ ] AGRICOLA [ ] ENERGETICA [ ] FINANCIERA [ ] TRANSPORTE [ ] TECNOLOGIA [ ] ALIMENTOS [ ] MEDICAMENTOS [X]					
OTRA [ ] CUAL: N/A					

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Transv 93 51 98 Bod 18	7432597 / 3108649372	Bogotá D.C.	Cundinamarca	Colombia
CARGO ACTUAL	Representante Legal - Gerente General		FECHA VINCULACION(AAAA/MM/DD)	08/11/1995

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD
50	135.667.384.003	4645	Comercializacion de Productos Farmaceuticos	08/11/1995	PERSONA NATURAL

5. INFORMACIÓN FINANCIERA ($ PESOS)

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES		AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*	11.305.615.333	OTROS EGRESOS*	760.237.525	OTROS ACTIVOS*	82.034.982.642	OTROS PASIVOS*	12.790.728.369
TOTAL INGRESOS	11.305.615.333	TOTAL EGRESOS	760.237.525	TOTAL ACTIVOS	82.034.982.642	TOTAL PASIVOS	12.790.728.369

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS
Comercialización de Productos Farmaceuticos y dispositivos Medicos	Comercialización de Productos Farmaceuticos y dispositivos Medicos	Comercialización de Productos Farmaceuticos y dispositivos Medicos	Comercialización de Productos Farmaceuticos y dispositivos Medicos

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
Macias	Sanchez	Monica	Alexandra
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
CRA 64 103 05 B LOS ANDES	Bogotá D.C.	Amistad	6242526

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Banco BBVA	Cuenta Corriente	35002401	Centro Empresarial Bogotá Av Chile	6471600

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI [ ] NO [X]

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS:

IMPORTACIO [ ] EXPORTACION [ ] TRANSFERENCIAS [ ] PRESTAMOS [ ] PAGO SERVICIOS [ ] OTRA [ ] CUAL: N/A

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 E.S.E.** 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":

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 fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

Comercialización de productos farmacéuticos y dispositivos médicos.

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, complemente 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, 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 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 E.S.E., a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) 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 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 E.S.E., 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.
7. Me comprómeto 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 SUR OCCIDENTE E.S.E.

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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.
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 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 **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 calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, 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 llevar contabilidad)
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 INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, 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 regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion 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 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 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 comerciais, 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 9 No 39 - 46, teléfono 7560505 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

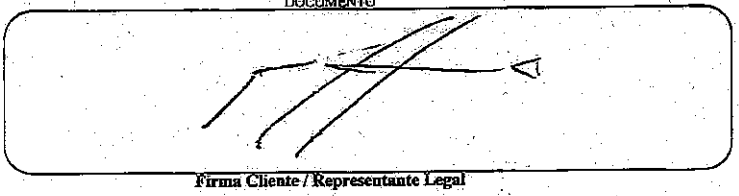
Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestacón de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestacion de servicios de salud.
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 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 determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) 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 integral de los bienes 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 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 satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la ESE 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) 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.
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 mencionadas a: a) Las 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 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 exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion 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 celebracion de contratos de seguros y/o 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 y control de fraudes, la 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 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 haran 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 Nacionalde 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 onsecuencia, no hemos 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 de 2012. En especial, el 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 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 compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los 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 DC, telefono 7560505* , *e-mail dirfinanciera@subredsuroccidente.gov.co* y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.
9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizao, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional 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



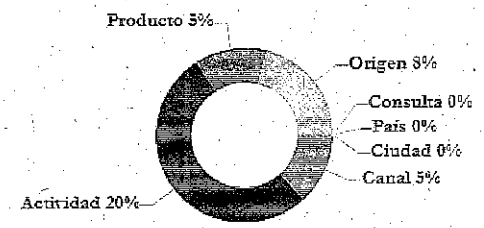
Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA				XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION			
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							

SARLAFTCOL

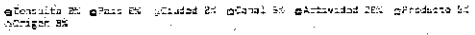
REPORTE

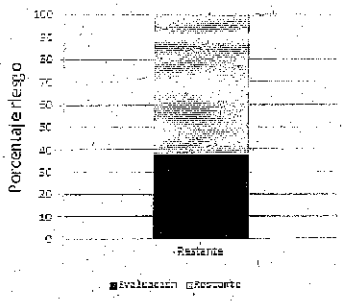
Nombre	Salamanca rafael antonio
Número de identificación	17068260-3
Alias	
Fecha de reporte	Martes 18 de Mayo del 2021, 7:34 am
Estado consulta	No reportado
País	Colombia
Jurisdicción	-
Canal	Otros
Origen de recursos	Desarrollo de actividad
Producto	Alto
Lista	No se encontro en ninguna lista
Actividad económica	4645 comercio al por mayor de productos farmacéuticos, medicinales, cosméticos y de tocador.



CRITERIOS DE EVALUACIÓN

	INDICADOR	RESULTADO
TIPO DE RELACIÓN	PROVEEDOR	
Consulta	0%	0%
País	5%	0%
Jurisdicción	5%	0%
Canal	5%	5%
Actividad	20%	20%
Producto	5%	5%
Origen de recursos	20%	8%
PERFIL DE RIESGO		38%
		62%





SEÑALES DE ALERTA

Sospechosa	Inusual	Intentada

OBSERVACIONES:

Sin observaciones

Firma

ÁREA PRECONTRACTUAL SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDEN

http://www.sarlaftcol.com/app/app/webroot/SALAMANCARAFAELANTONIO.xls

VERIFICACIÓN SARLAFT

OBJETO: Suministro de medicamentos necesarios para la atención de pacientes, según el anexo técnico N°1, para la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

CD-008-2021

Bogotá, D.C., Mayo de 2021

CRITERIOS A EVALUAR	PROPONENTE
	VITALIS S.A. C.I.
	NIT: 830068119-1
CONDICIONES	CONDICIÓN
	SI/NO
1. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Jurídica, en cumplimiento de lo establecido	SI
2. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Natural, Representante Legal, en cumplimiento de lo establecido en la Circular Externa Nª 009 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud. NOTA 3: El formato SARLAFT presentado en la propuesta debe ir en formato PDF con firma y huella dactilar del representante legal, sin modificar la estructura del mismo.	N/A
CRITERIO	HABILITADO

Mónica E. González Montes
Oficial de Cumplimiento

Adriana Milena Velandia Trujillo
Técnico Administrativo II

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

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 JURIDICA

CÓDIGO: ET-CA-FT-022
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

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

FECHA:	14/05/2021	CIUDAD:	Bogota	DEPARTAMENTO:	Cundinamarca

Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular 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 de Salud Sur Occidente 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 Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

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

☐ ASEGURADOR	☒ PROVEDOR	☐ CONTRATISTA	☐ PARTICULAR	☐ OTRO	CUAL:

I. DATOS DE LA PERSONA JURIDICA

RAZON SOCIAL:	Vitalis S.A.C.I.	NIT:	830068119-1

REPRESENTANTE LEGAL:	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	NOMBRES:
	Amortegui	Prieto	Carmen Cecilia

CEDULA DE CIUDADANÍA	☒	NUMERO:	LUGAR DE EXPEDICION	FECHA EXPEDICION AAAA/MM/DD
CEDULA DE EXTRANJERÍA	☐	51.784.637	Bogota	1983-12-07

FECHA NACIMIENTO AAAA/MM/DD	LUGAR NACIMIENTO:	DEPARTAMENTO:	NACIONALIDAD (1):	NACIONALIDAD (2):
1965-11-07	Bogota	Cundinamarca	Colombiana	

DIRECCION DOMICILIO PRINCIPAL:	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX
Cra 69 No. 98A45 Ofc 702	Bogota	Cundinamarca	Colombia	6734340

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:	PORTAL/PÁGINA INTERNET:
servicioalcliente@vitalis.com.co	wwwvitalislaboratorio.com.co

DIRECCION SUCURSAL/AGENCIA:	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX
N/A				

TIPO DE EMPRESA:		ACTIVIDAD ECONOMICA:		
☐ PUBLICA	☐ INDUSTRIAL	☐ AGRICOLA	☐ SERVICIOS DE SALUD	CUAL:
☐ MIXTA	☒ COMERCIAL	☒ FARMACEUTICA	☐ SERVICIOS FINANCIEROS	
☒ PRIVADA	☐ ASEGURADOR	☐ TRANSPORTES	☐ OTRA,	
☐ EXTRANJERA	☐ SERVICIOS			

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	RENTA/CREE	IVA	LCA	CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMIC
	(SI) ■ (NO) ☐	(SI) ■ (NO) ☐	(SI) ☐ (NO) ☐	4645 / 2100
				PRINCIPAL: ■ SECUNDARIA: ■

GRAN CONTRIBUYENTE	SI ■ NO ☐	AGENTE RETENEDOR	SI ☐ NO ■	AGENTE AUTORETENEDOR	SI ☐ NO ☐

II. DECLARACION PERSONA PUBLICAMENTE EXPUESTA (PEPS)

POR SU CARGO O ACTIVIDAD ADMINISTRA O TIENE A SU CARGO EL MANEJO DE RECURSOS PUBLICOS	SI ☐ NO ■
POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUN GRADO O TIPO DE PODER PUBLICO	SI ☐ NO ■
POR SU ACTIVIDAD, OCUPACION U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PUBLICO GENERAL	SI ☐ NO ■
ES USTED SUJETIO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAIS DIFERENTE A COLOMBIA	SI ☐ NO ■

Si contestó afirmativamente alguna de las anteriores preguntas, por favor, especifique:

III. IDENTIFICACION DE ACCIONISTAS, SOCIOS, ASOCIADOS QUE SEAN TITULARES DE MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIPACION

NOMBRE COMPLETO O RAZON SOCIAL (DE REQUERIR UTILICE ANEXO)	% PARTICIPACION	TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION
Avefarma S.A.S.	86.94%	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ■ OTRO ☐	900575744-3
Panamerican Pharmaceutical Holding INC	5.27%	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	412227-887481
Pharmaservice SA de CV	5.10%	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	PHA0301076G0
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	

IV. INFORMACION FINANCIERA

INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	16.207.923.000	ACTIVOS TOTALES	248.420.531.000
INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	22.114.750	PASIVOS TOTALES	133.327.371.000
EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	13.676.202.000	PATRIMONIO	115.093.160.000

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

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 JURIDICA

CÓDIGO: ET-CA-FT-022
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	1.009.579.667	[illegible]
CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES:	Ingresos Financieros	
CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES:	Gastos Financieros	

V. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ■ NO ☐

IMPORTACIONES ■	EXPORTACIONES ■	INVERSIONES ☐	Especifique cual:
OPERACIONES DE REDESCUENTO ☐	LEASING ☐	TRASFERENCIAS ■	
PRÉSTAMOS MODENA EXTRANJERA ☐	PAGOS SERVICIOS ☐	OTRAS ☐	

TIPO PRODUCTO	No DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO OPERACIÓN	CIUDAD	PAIS	MONEDA
Cuenta de Compensacion	A/C No. 7488-04-010	Davivienda Internacional		Miami	EEUU	usd

VI. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Declaro expresamente que:
1. Los recursos que posee la Empresa provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupacion, oficio, actividad o negocio):

Actividad Economica 4645 Comercio al por mayor de producos farmaceruticos

2. Las actividades realizadas por la Empresa se efectuan dentro del Marco Legal. Los recursos que posee NO provienen de actividades ilicitas de conformidad con el Codigo Penal Colombiano.
3. La información suministrada en este formulario es veraz y verificable, y me obligo a actualizarla cuando asi se requiera.
4. Cláusula para apoderados: Certifico que toda la informacion suministrada y de la cual no soy titular ha sido obtenida de acuerdo con los parametros establecidos legalmente.
5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato NO se destinaran a la financiacion del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

VII. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Camara de Comercio.
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia del documento de identificacion del Representante legal de la Empresa.
4. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado.
5. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.

APODERADO
Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.

VIII. AUTORIZACION DE USO DE INFORMACION

CONSIDERACIONES

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 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 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 utilizacion 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 trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comerciais, 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 9 No 39-46, teléfono 7560505 Cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:
I. 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 prestacion de servicios de salud.
II. 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 le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámiote de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual 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 determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) 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 integral de los bienes 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 elaboración de estudiós técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la ESE 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) 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.
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 mencionadas a: a) Las 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 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 exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion 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 celebracion de contratos de seguros y/o 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 y control de fraudes, la 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 estadísticos.
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.

5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran 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 Nacionalde Salud, exigen las misnas.

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.

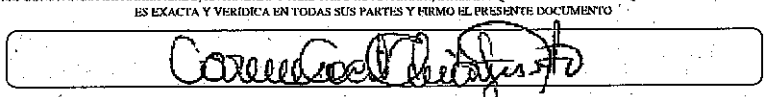
7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.

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 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 compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los 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, Bogota DC, Telefono 7560505 E-mail: dirfinanciera@subredsuroccidente.gov.co*** y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada, para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.

9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizao, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional 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 FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO



Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

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

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14722431148

(415)7707212489984(8020) 000001472243114 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 3 0 0 6 8 1 1 9	1	Impuestos de Grandes Contribuyentes 3 1	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona jurídica 1			

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres

35. Razón social
VITALIS S.A. C.I.

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal
CR 69 N 98 A 45 O F 702

42. Correo electrónico juridica@vitalis.com.co

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	4 2 5 7 0 0 0	6 7 3 4 3 4 0

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
4 6 4 5	2 0 0 0 0 3 0 1	2 1 0 0	2 0 1 7 1 2 0 5	8 2 9 9	8 2 9 2		4

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	3	5	7	8	9	1 0	1 3	1 4	1 6	1 8	1 9	2 1	2 6	4 1	4 2	4 8	5 2									

03- Impuesto al patrimonio
05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
08- Retención timbre nacional
09- Retención en la fuente en el impuesto
10- Obligado aduanero
13- Gran contribuyente
14- Informante de exogena
16- Obligación facturar por ingresos bienes
18- Precios de transferencia
19- Productor de bienes y/o servicios exen
21- Declarar ingreso o salida del país de d
26- Declaración individual precios de tran
41- Declaración anual de activos en el exte
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico

Obligados aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código	2 3	4 4	0 4	3 7						

	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
3	3	57. Modo	2	4	2
		58. CPC	8 3	8 3	8 2

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2020 - 11 - 17 / 09 : 52: 05

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre DIAZ MEDINA PEDRO ARTURO
985. Cargo Representante legal Certificado

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14722431148

(415)7707212489984(8020) 000001472243114 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 3 0 0 6 8 1 1 9	1	Impuestos de Grandes Contribuyentes 3 1	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	2	63. Formas asociativas	3	64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	1

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 5	0 5
72. Número	4 2 9	2 3 4 4 3
73. Fecha	2 0 0 0 0 2 1 0	2 0 1 8 1 2 1 2
74. Número de notaría	4	2 9
75. Entidad de registro	0 3	0 3
76. Fecha de registro	2 0 0 0 0 2 2 4	2 0 1 8 1 2 1 4
77. No. Matrícula mercantil	9 9 5 3 5 5	0 2 4 0 4 4 5 2
78. Departamento	1 1	1 1
79. Ciudad/Municipio	4	4

Vigencia

80. Desde	2 0 0 0 0 2 1 0
81. Hasta	2 0 5 0 0 2 1 0

Composición del Capital

82. Nacional	1 0 0 %
83. Nacional público	0 . 0 %
84. Nacional privado	1 0 0 . 0 %
85. Extranjero	0 %
86. Extranjero público	0 . 0 %
87. Extranjero privado	0 . 0 %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control: Superintendencia de Sociedades 5

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	7 9	2 0 1 5 0 1 0 1		
2	2 0	2 0 1 7 1 2 0 5	8 6 0 0 6 6 1 3 4	2
3				
4				
5				

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.
2		9 0 0 5 7 5 7 4 4	3

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante: AVEFARMA SAS

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14722431148

(415)7707212489984(8020) 000001472243114 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 3 0 0 6 8 1 1 9	1	Impuestos de Grandes Contribuyentes 3 1	

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 1 5 0 8 2 8

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 1 3	1 9 0 8 5 8 0 8		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
DIAZ	MEDINA	PEDRO	ARTURO

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL SUPL 1 9	2 0 1 8 0 5 2 1

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadan 1 3	5 1 7 8 4 6 3 7		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
AMORTEGUI	PRIETO	CARMEN	CECILIA

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL SUPL 1 9	2 0 1 8 0 4 2 7

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadan 1 3	7 9 7 0 8 1 4 1		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
SANTAMARIA	DELGADO	ABEL	MAURICIO

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

4

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

5

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

DOCUMENTO CERTIFICADO COSTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones

001

Espácio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14722431148

(415)7707212489984(8020) 000001472243114 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 3 0 0 6 8 1 1 9	1	Impuestos de Grandes Contribuyentes 3 1	

Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

1

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada 1 3	5 1 7 8 4 6 3 7		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
AMORTEGUI	PRIETO	CARMEN	CECILIA

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 1 7 0 5 2 3	

2

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada 1 3	1 9 3 8 9 8 2 9		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
PEÑUELA	BECERRA	MAURICIO	

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 1 8 0 9 1 7	

3

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada 1 3	5 2 9 0 9 5 0 5		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
OVALLE	PEÑUELA	VIVIANA	ANDREA

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 1 4 0 9 1 6	

4

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudadan 1 3	7 9 7 5 2 6 3 4		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
ARANGUREN	DURAN	FRANKLYN	ALBERTO

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 2 0 0 5 0 4	

5

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudadan 1 3	1 7 1 4 5 1 6 9		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
HERNANDEZ	CRUZ	CARLOS	ALBERTO

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 2 0 0 9 1 7	

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO CONTROLADO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14722431148

(415)7707212489984(8020) 000001472243114 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 3 0 0 6 8 1 1 9	1	Impuestos de Grandes Contribuyentes 3 1	

Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

1

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada 1 3	1 9 2 8 8 3 8 0		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
MALDONADO	SANMIGUEL	GONZALO	

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 2 0 0 9 1 7	

2

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro

3

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro

4

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro

5

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro

DOCUMENTO GENERADO EN SIIC CALIFICATO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14722431148

(415)7707212489984(8020) 000001472243114 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 3 0 0 6 8 1 1 9	1	Impuestos de Grandes Contribuyentes 3 1	

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal

124. Tipo de documento	125. Número de identificación	126. DV	127. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 2 2 3 8 3 3 9 0		2 6 3 0 0 9 T

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres
BARRERA	AGUILERA	BRYAN	ANDREY

132. Número de Identificación Tributaria (NIT)	133. DV	134. Sociedad o firma designada
8 3 0 0 0 0 0 8 1 8	9	CROWE CO S.A.S

135. Fecha de nombramiento: 2 0 1 9 1 1 1 2

Revisor fiscal suplente

136. Tipo de documento	137. Número de identificación	138. DV	139. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	1 1 1 0 4 8 0 7 9 0		2 6 1 7 3 1 T

140. Primer apellido	141. Segundo apellido	142. Primer nombre	143. Otros nombres
HERNANDEZ	MONTERO	JAVIER	ALEXANDER

144. Número de Identificación Tributaria (NIT)	145. DV	146. Sociedad o firma designada
8 3 0 0 0 0 0 8 1 8	9	CROWE CO S.A.S

147. Fecha de nombramiento: 2 0 1 9 1 1 1 2

Contador

148. Tipo de documento	149. Número de identificación	150. DV	151. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	5 2 9 7 3 9 3 7		1 2 9 8 3 8 T

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres
SALAMANCA	GODOY	LIDA	CONSTANZA

156. Número de Identificación Tributaria (NIT)	157. DV	158. Sociedad o firma designada

159. Fecha de nombramiento: 2 0 1 7 0 9 2 2

DOCUMENTO GENERADO ELECTRÓNICAMENTE SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14722431148

(415)7707212489984(8020) 000001472243114 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 3 0 0 6 8 1 1 9	1	Impuestos de Grandes Contribuyentes 3 1	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Centro de explotación de tr 0 6	Fabricación de productos farmacéuticos, sustancias químicas medicinales y 2 1 0 0

162. Nombre del establecimiento: VITALIS S.A.C.I. PLANTA 1

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección: CR 65 B 18 28

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 2 2 1 9 5 1 0	2 0 1 2 0 5 3 0
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
4 2 5 7 0 0 0	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Centro de explotación de tr 0 6	Fabricación de productos farmacéuticos, sustancias químicas medicinales y 2 1 0 0

162. Nombre del establecimiento: VITALIS S.A.C.I. PLANTA 2

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección: CL 19 68 B 89

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 2 2 1 9 5 1 4	2 0 1 2 0 5 3 0
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
4 2 5 7 0 0 0	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Centro de explotación de tr 0 6	Fabricación de productos farmacéuticos, sustancias químicas medicinales y 2 1 0 0

162. Nombre del establecimiento: VITALIS S.A.C.I. PLANTA 3

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección: CR 67 A 9 55 59

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 2 2 1 9 5 1 9	2 0 1 2 0 5 3 0
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
4 2 5 7 0 0 0	2 0 1 8 1 2 3 1

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14722431148

(415)7707212489984(8020) 000001472243114 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 3 0 0 6 8 1 1 9	1	Impuestos de Grandes Contribuyentes 3 1	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Centro de explotación de tr 0 6	Fabricación de productos farmacéuticos, sustancias químicas medicinales y	2 1 0 0

162. Nombre del establecimiento: VITALIS S.A.C.I. PLANTA 6

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección: CR 65 18 A 06

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 2 2 1 9 4 9 7	2 0 1 2 0 5 3 0
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
4 2 5 7 0 0 0	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Centro de explotación de tr 0 6	Fabricación de productos farmacéuticos, sustancias químicas medicinales y	2 1 0 0

162. Nombre del establecimiento: VITALIS S.A.C.I. PLANTA 8 (SOPO)

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Cundinamarca 2 5	Sopó 7 5 8

165. Dirección: VDA LA DIANA VICTORIA BIS LT 2 VIA BRICEÑO-SOPO

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 1 8 8 9 3 2 7	2 0 0 9 0 4 2 1
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
4 2 5 7 0 0 0	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección

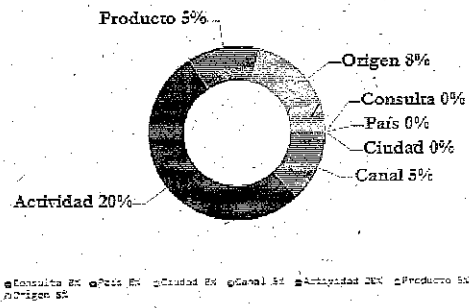
166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**

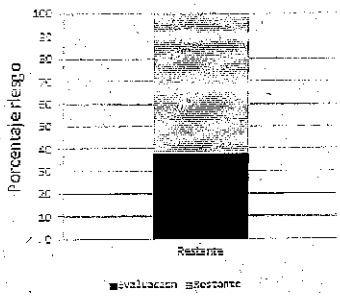
DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

SARLAFTCOL

REPORTE

Nombre	Vitalis s.a. c.i.
Número de identificación	830068119-1
Alias	
Fecha de reporte	Martes 18 de Mayo del 2021, 7:52 am
Estado consulta	No reportado
País	Colombia
Jurisdicción	-
Canal	Otros
Origen de recursos	Desarrollo de actividad
Producto	Alto
Lista	No se encontro en ninguna lista
Actividad económica	4645 comercio al por mayor de productos farmacéuticos, medicinales, cosméticos y de tocador.





CRITERIOS DE EVALUACIÓN

	INDICADOR	RESULTADO
TIPO DE RELACIÓN	PROVEEDOR	
Consulta	0%	0%
País	5%	0%
Jurisdicción	5%	0%
Canal	5%	5%
Actividad	20%	20%
Producto	5%	5%
Origen de recursos	20%	8%
PERFIL DE RIESGO		38%
		62%

SEÑALES DE ALERTA

Sospechosa	Inusual	Intentada

OBSERVACIONES:

Sin observaciones

Firma