ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO PERSONAS NATURALES Y JURIDICAS SARLAFT	PM-GRI-FT-05

Fecha de Diligenciamiento	Día	14	Mes	Agosto	Año	2023
Clase de Vinculación	Proveedor	X	Colaborador		EAPB		Otro	

PERSONA NATURAL

Nombre Completo									
CC		CE		TI		Otro		N°	
Fecha Nacimiento	Día		Mes		Año		Lugar Nacimiento		
Profesión, Ocupación u Oficio							Fecha Expedición Documento		
Dirección Residencia							Teléfono (s)		
Ingresos Mensuales							Egresos Mensuales		
Otros Ingresos diferentes a la relación contractual	SI		NO				Otros Ingresos Mensuales		
Concepto Otros Ingresos									
Estado Civil							Correo Electrónico		

Marque con una (x), según corresponda, por su Perfil, Cargo o Profesión:

¿Maneja Recursos Públicos?	SI		NO		¿Tiene Reconocimiento Público?	SI	NO
¿Ejerce algún grado de Poder Público?	SI		NO		¿Es familiar de una persona publicamente expuesta?	SI	NO

PERSONA JURÍDICA

Nombre o Razón Social	SICMAFARMA S.A.S.					Nit	900.332.426	DV	3
Tipo de Empresa	Pública		Privada	X	Mixta		Sector de la Economía	COMERCIAL FARMACÉUTICA	CIIU	4645
Fecha de constitución en Cámara de Comercio	AAAA-MM-DD 2010/01/05						E-mail	licitaciones@sicmafarma.com		
Oficina Principal	Dirección	Km 1 Vía Siberia - Funza ZF Intexzona BD 55 Cota - Cundinamarca					Ciudad	Cota		
	Teléfono (s)	(601) 9171717 - 3157917815					Tiene Sucursales	SI		NO	X
Representante Legal	Nombre Completo	LUPERLY SABOGAL MARTINEZ								
CC	X	CE		TI		Otro		N°	24.580.608 DE CALARCÁ - QUINDÍO		
Representante Legal	Dirección	Km 1 Vía Siberia - Funza ZF Intexzona BD 55 Cota - Cundinamarca					Teléfono	(601) 9171717 - 3157917815		

Identificación de Accionistas que tengan directa o indirectamente más del 5% del Capital Social, Aporte o Participación.

Tipo ID		Número ID	Nombre Completo	¿Por su actividad o cargo goza de Reconocimiento Público, Poder Público y/o Recursos Públicos ? Marque **SI** o **NO** y especifique.
NIT		901684173-9	SAN FRUTTUOSO TRADING S.L.	NO
NIT		76.082.958-7	INVERSIONES SICMAFARMA SpA	NO

ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza transacciones en Moneda Extranjera?	SI	X	NO		Cuál	IMPORTACIONES, EXPORTACIONES, GIROS Y TRANSFERENCIAS.
¿Poseé productos Financieros en el Exterior?	SI	X	NO		Cuál	CUENTA CORRIENTE - BANCOLOMBIA PANAMÁ

Producto		Número Producto	Moneda	Monto	Entidad	País	Ciudad
CORRIENTE		80100001419	USD	USD 500,000	BANCOLOMBIA PANAMÁ	PANAMÁ	PANAMÁ

Todos los espacios de este formulario deben quedar diligenciados, por lo tanto en aquellos que no tenga información por favor escriba N.A. (No aplica).

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.**	
	FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO PERSONAS NATURALES Y JURIDICAS SARLAFT	

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

1. Mi actividad, profesión u oficio de la persona Natural o Jurídica es lícita, se ejerce dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
2. La información suministrada en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente. El incumplimiento de esta obligación faculta a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., para revocar y/o rescindir unilateralmente el contrato.
3. Los recursos que se deriven de esta relación contractual no se destinarán a la Financiación del Terrorismo.
4. Manifiesto que no he sido declarado responsable judicialmente por la comisión de delitos contra la Administración Pública cuya pena sea privativa de la libertad o que afecten el patrimonio del Estado o por delitos relacionados con la pertenencia, promoción o financiación de grupos ilegales, delitos de lesa humanidad, narcotráfico o corrupcion.
5. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):

Origen de Ingresos:	ACTIVIDADES LICITAS, ORIGEN DE VENTA DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS A NIVEL NACIONAL E INTERNACIONAL

CONSIDERACIONES Y AUTORIZACIONES

1. Los datos personales solicitados en el presente formulario de conocimiento del cliente son recogidos atendiendo las disposiciones e instrucciones de la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para prevenir y controlar el Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. Que conforme con lo dispuesto por el literal b) de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del Lavado de Activos y el Financiamiento del Terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular.

3. La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. podrá terminar unilateralmente e inmediatamente el vinculo contractual, cuando el proveedor, colaborador, EAPB u otro, llegaren a:
* Estar vinculados por parte de las autoridades competentes a cualquier tipo de investigación por delitos de narcotráfico, financiación del terrorismo, terrorismo, lavado de activos, testaferrato y/o tráfico de estupefacientes.
* Ser incluídos en listas vinculantes de acuerdo con lo estipulado en la Manual SARLAFT.
* Ser condenado por parte de las autoridades competentes por cualquiera de los delitos fuente del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo descritos en el Código Penal Colombiano.

4. Autorizo ser consultado en listas y/o bases de datos que permitan prevenir el Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

FIRMA Y HUELLA

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes,

firmo el presente documento a los 14 días del mes de AGOSTO del año 2023, en la ciudad de COTA.



HUELLA

LUPERLY SABOGAL MARTINEZ

FIRMA PERSONA NATURAL O REPRESENTANTE LEGAL

ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DE LA SUBRED SUR - INFORMACIÓN DE VERIFICACIÓN

Nombre Completo de quien verifica				Cargo	
Fecha de Verificación	AAAA-MM-DD	Hora		Firma	
Observaciones					