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:	2020-02-04	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:	QUIRURGICOS LTDA		NIT:	860024862-6
REPRESENTANTE LEGAL:	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	NOMBRES:	
	DIAZ	RODRIGUEZ	OLGA PATRICIA	

CEDULA DE CIUDADANÍA	NUMERO:	LUGAR DE EXPEDICION	FECHA EXPEDICION AAAA/MM/DD
☐ CEDULA DE EXTRANJERÍA	52,080,197	BOGOTA	8/16/1991

FECHA NACIMIENTO AAAA/MM/DD	LUGAR NACIMIENTO:	DEPARTAMENTO:	NACIONALIDAD (1):	NACIONALIDAD (2):
1973-05-18	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIANA	

DIRECCION DOMICILIO PRINCIPAL:	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX
CALLE 26 No. 69D-91 OFICINA 606	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	7441740

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:	PORTAL/PAGINA INTERNET:
quirurgicos@quirurgicosltda.com	www.quirurgicosltda.co

DIRECCION SUCURSAL/AGENCIA:	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX
CALLE 26 No. 69D-91 OFICINA 606	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	7441740

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 / 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 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
JORGE DIAZ JARAMILLO	64.2%	C.C. ■ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	2,879,453
BLANCA RODRIGUEZ DE DIAZ	28.6%	C.C. ■ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	41,418,515
QUIRURGICOS LTDA	7.21%	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ■ NIT ☐ OTRO ☐	860,024,862
		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	3,040,580,917	ACTIVOS TOTALES	33,811,741,000
INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	87,627,667	PASIVOS TOTALES	9,790,340,000
EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	989,867,417	PATRIMONIO	24,021,401,344
EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	67,190,417		
CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES:	REDIMIENTOS FINANCIERO - RENDIMIENTO EN CAMBIO - RECUPERACIONES		
CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES:	INTERESES DE MORA - GASTOS BANCARIOS - DIFERENCIA EN CAMBIO		

V. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA: **SI** ■ **NO** ☐

IMPORTAC IONES	■	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
IMPORTACION	200009408	BANCO OCCIDENTE	100,000,000	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):

DESARROLLO OBJETO SOCIAL

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 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) 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 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 podràn 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 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, 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

OLGA PATRICIA DIAZ RODRIGUEZ
Digitally signed by OLGA PATRICIA DIAZ RODRIGUEZ
Date: 2020.01.31 14:33:11 -08'00'

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
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14502483179

(415)7707212489984(8020) 000001450248317 9

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

IDENTIFICACION

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:
QUIRURGICOS LTDA

36. Nombre comercial:	37. Sigla:

UBICACION

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 26 69 D 91 OF 605 A 608

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
quirurgicos@quirurgicosltda.com	1 0 4 6 3	7 4 4 1 7 4 0	3 1 2 5 6 9 1 8 6 2

CLASIFICACION

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 6 9 0 3 1 0	4 6 5 9	1 9 6 9 0 3 1 0		3 3 1 2			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	10	11	13	14	15	37	40	42													

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
11- Ventas régimen común
13- Gran contribuyente
14- Informante de exogena
15- Autorretenedor
37- Obligado a Facturar Electrónicamente
40- Impuesto a la Riqueza
42- Obligado a llevar contabilidad

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
1	1

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: 2 0 1 9 0 3 0 6

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 JARAMILLO JAIRO
985. Cargo: Representante legal Certificado

Fecha generación documento PDF: 06-03-2019 08:03:43AM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

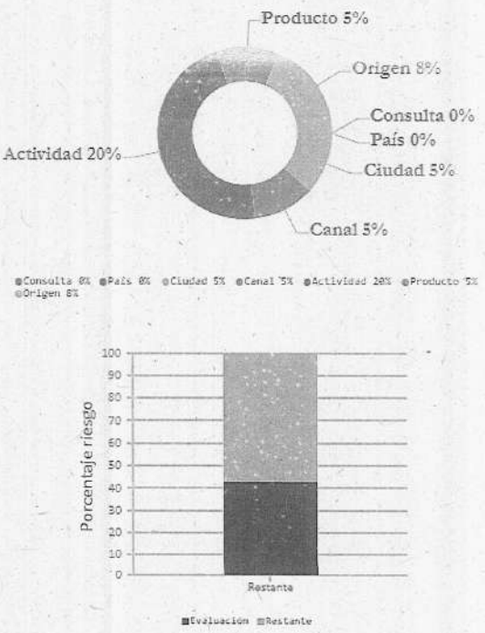
SARLAFTCOL

REPORTE

Nombre	Quirurgicos ltda
Número de identificación	8 6 0 0 2 4 8 6 2-6
Alias	
Fecha de reporte	Miercoles 12 de Febrero del 2020, 7:26 am
Estado consulta	No reportado
País	Colombia
Jurisdicción	11001 bogotÁ, d.c.
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%	5%
Canal	5%	5%
Actividad	20%	20%
Producto	5%	5%
Origen de recursos	20%	8%
PERFIL DE RIESGO		43%
		57%



SEÑALES DE ALERTA

Sospechosa	Inusual	Intentada

OBSERVACIONES:

Sin observaciones

Firma

ÁREA PRECONTRACTUAL SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDEN

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:	31-01-2020	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:	Osteomedical SAS			NIT:	900371464-1
REPRESENTANTE LEGAL:	PRIMER APELLIDO: Mejia	SEGUNDO APELLIDO: enciso	NOMBRES: Andres Ricardo		
CEDULA DE CIUDADANÍA ☒	NUMERO: 72.209.254	LUGAR DE EXPEDICION: Barranquilla	FECHA EXPEDICION AAAA/MM/DD: 14-May-1993		
CEDULA DE EXTRANJERÍA ☐					

FECHA NACIMIENTO AAAA/MM/DD	LUGAR NACIMIENTO:	DEPARTAMENTO:	NACIONALIDAD (1):	NACIONALIDAD (2):
	Bogotá D.C	Cundinamarca.		

DIRECCION DOMICILIO PRINCIPAL:	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX
Carrera 706#117-82	Bogotá	Cundinamarca		7420648

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:	PORTAL/PAGINA INTERNET:
andres.mejia@osteomedical.co	www.osteomedical.co

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

TIPO DE EMPRESA:

☐ 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) ☐	4669 / 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 SUJETO 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
Andres Ricardo Mejia Enciso	28%	C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	72209254
Cesar Augusto Mejia Enciso	28%	C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	72225609
Claudia Liliana Mejia Enciso	24%	C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	52448951
Mecca Inversiones S.A.S	20%	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☒ OTRO ☐	830055478

IV. INFORMACION FINANCIERA

INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	9.719.413.006,00	ACTIVOS TOTALES	26.270.471.422,00
INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	11.414.874,00	PASIVOS TOTALES	14.794.718.404,00

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
ESTRATEGICO – 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	1467774623,00	PATRIMONIO	11.475.753.018,00
EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	139.569.445,00		
CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES:	Recuperacion de otros costos	DIFERENCIA EN CAMBIO	
CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES:	Impuestos asumidos, diversos	DIFERENCIA EN CAMBIO	y gastos financieros

V. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES

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

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

Especifique cual:

TIPO PRODUCTO	No DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO OPERACIÓN	CIUDAD	PAIS	MONEDA
Ahorros	30100000880	Bancolombia	153.273,00	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):

Comercio al por mayor de equipos medicos y quirurgicos

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 así 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 comerciales, 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 ricsgo. 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 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 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 harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia 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 administración 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	31/01/2020	2. Ciudad	Bogotá	1. Fecha		2. Ciudad	
3.Nombre del funcionario o Asesor:		Yesika Casas		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	Yesika Casas 1030628351						

DIAN
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14680246485

(415)7707212489984(8020) 000001468024648 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 3 7 1 4 6 4	1	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACION

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:
OSTEOMEDICAL SAS

36. Nombre comercial:	37. Sigla:
OSTEOMEDICAL SAS	

UBICACION

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

41. Dirección principal
CR 70 G 117 82

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
andres.mejia@osteomedical.co		7 4 2 0 6 4 8	3 1 0 3 6 3 8 2 2

CLASIFICACION

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 6 9	2 0 1 0 0 8 0 2	4 6 4 5	2 0 1 0 0 8 0 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	4	1	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
41- Declaración anual de activos en el exte
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 3	2 2								
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo
3	1

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 renovaci

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 2 0 0 1 2 3

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:

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario

MUISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14680246485

(415)7707212489984(8020) 000001468024648 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 3 7 1 4 6 4	1	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	

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase:	0 1	
72. Número:	0 0 0 0 1	
73. Fecha:	2 0 1 0 0 7 0 9	
74. Número de Notaría:		
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro:	2 0 1 0 0 7 2 6	
77. No. Matrícula mercantil:	0 0 0 0 0 6 6 7 6 4	
78. Departamento:	2 5	
79. Ciudad/Municipio:	4 7 3	
Vigencia:		
80. Desde:	2 0 1 0 0 7 0 9	
81. Hasta:	9 9 9 9 1 2 3 1	

Composición del Capital

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

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control:

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual:	90. Fecha cambio de estado:	91. Número de Identificación Tributaria (NIT):
1	9 9	2 0 1 0 0 7 2 6	
2	8 0	2 0 1 6 0 6 2 9	
3		Año Mes Día	
4		Año Mes Día	
5		Año Mes Día	

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. D

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

MUISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14680246485

(415)7707212489984(8020) 000001468024648 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 3 7 1 4 6 4	1	Impuestos de Bogotá	3 2

Representación

1

98. Representación:	99. Fecha inicio ejercicio representación:
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 1 0 0 7 2 6

100. Tipo de documento:	101. Número de identificación:	102. DV	103. Número de tarjeta profesional:
Cédula de Ciudadaní 1 3	7 2 2 0 9 2 5 4		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
MEJIA	ENCISO	ANDRES	RICARDO

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

2

98. Representación:	99. Fecha inicio ejercicio representación:
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 1 0 0 7 2 6

100. Tipo de documento:	101. Número de identificación:	102. DV	103. Número de tarjeta profesional:
Cédula de Ciudadan 1 3	7 2 2 2 5 6 0 9	-	

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
MEJIA	ENCISO	CESAR	AUGUSTO

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

3

98. Representación:	99. Fecha inicio ejercicio representación:
	Año Mes Día

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:
	Año Mes Día

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:
	Año Mes Día

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
	-	

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Colombia, un compromiso que no podemos evadir.

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

MUISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14680246485

(415)7707212489984(8020) 000001468024648 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
900371464	1	Impuestos de Bogotá 32	

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 13	79835209		104198T

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres
PUENTES	CRUZ	HENRY	MAURICIO

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

135. Fecha de nombramiento: 2015 08 05

Revisor Fiscal Suplente

136. Tipo de documento:	137. Número de identificación:	138. DV	139. Número de tarjeta profesional:
Cédula de Ciudadanía 13	80070575		102855T

140. Primer apellido	141. Segundo apellido	142. Primer nombre	143. Otros nombres
JIMENEZ	AMAYA	JAVIER	RODRIGO

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

147. Fecha de nombramiento: 2015 08 05

Contador

148. Tipo de documento:	149. Número de identificación:	150. DV	151. Número de tarjeta profesional:
Cédula de Ciudadanía 13	80217428	-	122215T

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres
CASALLAS	SOLER	EDWARD	ANDRES

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

159. Fecha de nombramiento: 2015 04 01

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Colombia, un compromiso que no podemos evadir.

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Estado de la Empresa o Persona

MUISCA
Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14680246485

(415)7707212489984(8020) 000001468024648 5

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

Estado y beneficio

Item	89. Estado actual:	90. Fecha cambio de estado:	91. Número de Identificación Tributaria (NIT):	92. DV
1	4 9	2 0 1 0 0 7 2 6		
2		AAAA MM DD		
3		AAAA MM DD		
4		AAAA MM DD		
5		AAAA MM DD		
6		AAAA MM DD		
7		AAAA MM DD		
8		AAAA MM DD		
9		AAAA MM DD		
10		AAAA MM DD		
11		AAAA MM DD		
12		AAAA MM DD		
13		AAAA MM DD		
14		AAAA MM DD		
15		AAAA MM DD		
16		AAAA MM DD		
17		AAAA MM DD		
18		AAAA MM DD		
19		AAAA MM DD		
20		AAAA MM DD		
21		AAAA MM DD		
22		AAAA MM DD		

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

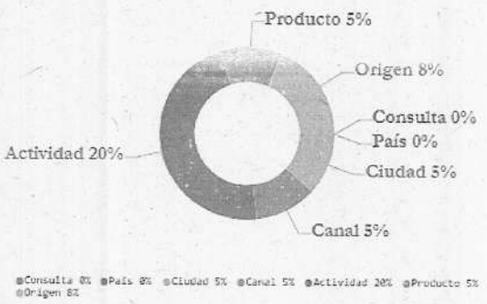
SARLAFTCOL

REPORTE

Nombre	Osteomedical s.a.s
Número de identificación	900371464-1
Alias	
Fecha de reporte	Miercoles 12 de Febrero del 2020, 7:23 am
Estado consulta	No reportado
País	Colombia
Jurisdicción	11001 bogotÁ, d.c.
Canal	Otros
Origen de recursos	Desarrollo de actividad
Producto	Alto
Lista	No se encontro en ninguna lista
Actividad económica	4669 comercio al por mayor de otros productos n.c.p.

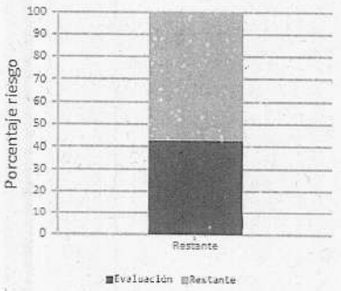
CRITERIOS DE EVALUACIÓN

	INDICADOR	RESULTADO
TIPO DE RELACIÓN	PROVEEDOR	
Consulta	0%	0%
País	5%	0%
Jurisdicción	5%	5%
Canal	5%	5%
Actividad	20%	20%
Producto	5%	5%
Origen de recursos	20%	8%
PERFIL DE RIESGO		43%
		57%



SEÑALES DE ALERTA

Sospechosa	Inusual	Intentada



OBSERVACIONES:

Sin observaciones

Firma

ÁREA PRECONTRACTUAL SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDEN

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 ª

FECHA:	2019-04-01	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:	PROMED QUIRURGICOS		NIT:	900.026.143 - 2
REPRESENTANTE LEGAL:	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	NOMBRES:	
	AVILA	BAIN	RAFAEL ERNESTO	
CEDULA DE CIUDADANÍA ■ / CEDULA DE EXTRANJERÍA ☐	NUMERO:	LUGAR DE EXPEDICION	FECHA EXPEDICION AAAA/MM/DD	
	80.239.914	BOGOTA	13/08/1999	

FECHA NACIMIENTO AAAA/MM/DD	LUGAR NACIMIENTO:	DEPARTAMENTO:	NACIONALIDAD (1):	NACIONALIDAD (2):
1981-08-11	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	

DIRECCION DOMICILIO PRINCIPAL:	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX
CARRERA 67 N° 43 - 17	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	(1) 2214599

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:	PORTAL/PAGINA INTERNET:
ERIKAR@PROMED-QUIRURGICOS.COM	WWW.PROMED.COM.CO

DIRECCION SUCURSAL/AGENCIA:	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX
CARRERA 65A N° 4G - 66	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	(1) 2214599

TIPO DE EMPRESA:

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

ACTIVIDAD ECONOMICA:

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	RENTA/CREE	IVA	LC.A.	CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMIC
	(SI) ■ (NO) ☐	(SI) ■ (NO) ☐	(SI) ☐ (NO) ☐	4669 / 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 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
RAFAEL ERNESTO AVILA BAIN	100%	C.C. ■ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	80.239.914
		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	2.517.139.815	ACTIVOS TOTALES	27.515.893.437
INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	55.422.084	PASIVOS TOTALES	18.602.356.106
EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	1.838.667.941	PATRIMONIO	8.913.537.331
EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	411.856.866		
CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES:	DIFERENCIA EN CAMBIO, RECUPERACIONES, INDEMNIZACIONES, INCAPACIDADES, OTROS		
CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES:	GASTOS FINANCIEROS, DIFERENCIA EN CAMBIO, DESCUENTOS FINANCIEROS		

V. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ■ NO ☐

IMPORTAC IONES	■	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
CUENTA DE AHORROS	10810263	BANCOLOMBIA	350.000	CIUDAD DE PANAMÁ	PANAMÁ	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):

IMPORTACIÓN, COMERCIALIZACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE PRODUCTOS MEDICO QUIRÚRGICOS

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 así 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 comerciais, 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 , 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 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 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, 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® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14670138688

(415)7707212489984(8020) 000001467013868 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá	14. Buzón electrónico
900026143	2	32	

IDENTIFICACION

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:
PROMED QUIRURGICOS EU

36. Nombre comercial:
PROMED QUIRURGICOS

37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

41. Dirección principal
CR 65 A 4 G 66

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
erikar@promed-quirurgicos.com		7674275	3174232762

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal 46. Código:	Actividad principal 47. Fecha inicio actividad:	Actividad secundaria 48. Código:	Actividad secundaria 49. Fecha inicio actividad:	Otras actividades 50. Código: 1	Otras actividades 2
4669	20050525	3250	20050525	4659	

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos
	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	8	9	10	14	42	48	52																	

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
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico

Obligados aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	23	22								
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo
1	1

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: 2019 11 07

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:

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 30-01-2020 09:18:24AM

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario

MUISCA
Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14670138688

(415)7707212489984(8020) 000001467013868 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
900026143	2	Impuestos de Bogotá 32	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	2	63. Formas asociativas	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:	04	
72. Número:	000	
73. Fecha:	20050520	
74. Número de Notaría:		
75. Entidad de registro	03	
76. Fecha de registro:	20050526	
77. No. Matrícula mercantil:	01148307 5	
78. Departamento:	11	
79. Ciudad/Municipio:	001	

Vigencia:

80. Desde:	20050520
81. Hasta:	20150520

Composición del Capital

82. Nacional:	100 %
83. Nacional público:	0 %
84. Nacional privado:	100 %
85. Extranjero:	0 %
86. Extranjero público:	0 %
87. Extranjero privado:	0 %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control:

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual:	90. Fecha cambio de estado:	91. Número de Identificación Tributaria (NIT):
1	80	20160624	
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

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

MUISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14670138688

(415)7707212489984(8020) 000001467013868 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
900026143	2	Impuestos de Bogotá 32	

Representación

1

98. Representación:	99. Fecha inicio ejercicio representación:
REPRS LEGAL PRIN 18	2014 10 27

100. Tipo de documento:	101. Número de identificación:	102. DV	103. Número de tarjeta profesional:
Cédula de Ciudadaní 13	80239914		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
AVILA	BAIN	RAFAEL	ERNESTO

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

2

98. Representación:	99. Fecha inicio ejercicio representación:
REPRS LEGAL SUPL 19	2018 04 23

100. Tipo de documento:	101. Número de identificación:	102. DV	103. Número de tarjeta profesional:
Cédula de Ciudadan 13	52986455	-	

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
RODRIGUEZ	ARIAS	ERIKA	PATRICIA

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
	-	

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Colombia, un compromiso que no podemos evadir.

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

MUISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

Página 4 de 4 **Hoja 5**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14670138688

(415)7707212489984(8020) 000001467013868 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 0 2 6 1 4 3	2	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 9 7 4 1 5 5 1	-	1 3 9 8 1 1 T

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres
RODRIGUEZ	CASTELBLANCO	JAVIER	HUMBERTO

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

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

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	7 9 5 0 6 1 8 0	-	1 1 0 3 4 9 T

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres
PORTILLO	RAMIREZ	WILSON	FERNEY

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

159. Fecha de nombramiento: 2 0 1 8 0 1 0 3

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Colombia, un compromiso que no podemos evadir.

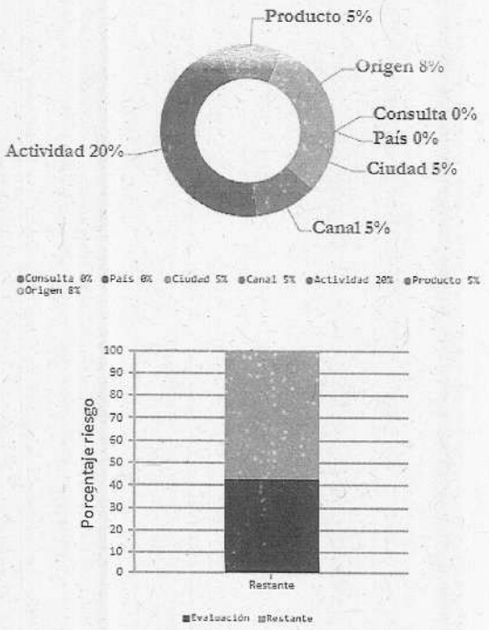
SARLAFTCOL

REPORTE

Nombre	Promed quirurgicos
Número de identificación	900026143-2
Alias	
Fecha de reporte	Miercoles 12 de Febrero del 2020, 7:18 am
Estado consulta	No reportado
País	Colombia
Jurisdicción	11001 bogotÁ, d.c.
Canal	Otros
Origen de recursos	Desarrollo de actividad
Producto	Alto
Lista	No se encontro en ninguna lista
Actividad económica	4669 comercio al por mayor de otros productos n.c.p.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

	INDICADOR	RESULTADO
TIPO DE RELACIÓN	PROVEEDOR	
Consulta	0%	0%
País	5%	0%
Jurisdicción	5%	5%
Canal	5%	5%
Actividad	20%	20%
Producto	5%	5%
Origen de recursos	20%	8%
PERFIL DE RIESGO		43%
		57%



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/PROMEDQUIRURGICOS.xls

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

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

FECHA:	2020-02-03	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:	DISORTHO S.A.		NIT:	860529890-0
REPRESENTANTE LEGAL:	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	NOMBRES:	
	AMARILLO	CENTENO	LUIS JESUS	
CEDULA DE CIUDADANÍA ☒	NUMERO:	LUGAR DE EXPEDICION	FECHA EXPEDICION AAAA/MM/DD	
CEDULA DE EXTRANJERÍA ☐	19,236,565	BOGOTA	02/09/1975	

FECHA NACIMIENTO AAAA/MM/DD	LUGAR NACIMIENTO:	DEPARTAMENTO:	NACIONALIDAD (1):	NACIONALIDAD (2):
1953-06-25	EL COCUY	BOYACA	COLOMBIANO	

DIRECCION DOMICILIO PRINCIPAL:	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX
CALLE 84 # 19A - 20	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	6023333

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:	PORTAL/PAGINA INTERNET:
disortho@disortho.co	www.disortho.co

DIRECCION SUCURSAL/AGENCIA:	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX
CALLE 84 # 19A - 20	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	3142987132

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	(SI) ☒ (NO) ☐	IVA	(SI) ☒ (NO) ☐	I.C.A. (SI) ☒ (NO) ☐	CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONOMIC 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 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:	

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

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
LUIS JESUS AMARILLO CENTENO	70,00%	C.C. [X] C.E. [ ] T.I. [ ] NIT [ ] OTRO [ ]	19,236,565
MARTHA LUCIA TRIVIÑO	15,00%	C.C. [X] C.E. [ ] T.I. [ ] NIT [ ] OTRO [ ]	51,649,420
JUAN CAMILO AMARILLO TRIVIÑO	7,35%	C.C. [X] C.E. [ ] T.I. [ ] NIT [ ] OTRO [ ]	1,019,053,148
DAVID SANTIAGO AMARILLO TRIVIÑO	7,35%	C.C. [X] C.E. [ ] T.I. [ ] NIT [ ] OTRO [ ]	1,020,790,124

IV. INFORMACION FINANCIERA

INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	7,817,075,496	ACTIVOS TOTALES	115,270,426,696
INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	378,984,107	PASIVOS TOTALES	31,790,512,295
EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	6,075,904,208	PATRIMONIO	83,479,914,401
EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	233,486,338		
CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES:	ARRIENDO, DIFERENCIA EN CAMBIO, APROVECHAMIENTO		
CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES:	DIFERENCIA EN CAMBIO, GASTOS BANCARIOS Y GASTOS EXTRAORDINARIOS		

V. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES

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

IMPORTAC IONES	[X]	EXPORTACIONES	[ ]	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 CTE	90110000XXX	BANCOLOMBIA	500	SAN JUAN	PUERTO RICO	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):

IMPORTACION, DISTRIBUCION Y COMERCIALIZACION DE PRODUCTOS DE ORTOPEDIA Y AUDIOLOGIA

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) 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 Leyl581 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:

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

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 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 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. 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® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14681323000

(415)7707212489984(8020) 000001468132300 0

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

IDENTIFICACION

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:
DISORTHO S A

36. Nombre comercial:
DISORTHO

37. Sigla:

UBICACION

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 84 19 A 20

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
disortho@disortho.co		6 1 6 8 0 2 6	6 1 6 8 0 2 8

CLASIFICACION

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 8 5 0 8 2 6	4 6 5 9	1 9 8 5 0 8 2 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	3	1	4	3	7	4	2	4	8									

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
37- Obligado a Facturar Electrónicamente
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 3	2 2	3 7	1 8						
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo
3	1

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: 2 0 2 0 0 1 3 0

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 AMARILLO CENTENO LUIS JESUS
985. Cargo: Representante legal Certificado

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 30-01-2020 11:35:48AM

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario

MUISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

Página 2 de 6 **Hoja 2**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14681323000

(415)7707212489984(8020) 000001468132300 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 6 0 5 2 9 8 9 0	0	Impuestos de Grandes Contribuyentes 31	

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:	05	05
72. Número:	2058	4661
73. Fecha:	19850826	20081210
74. Número de Notaría:	23	23
75. Entidad de registro	03	03
76. Fecha de registro:	19860211	20090105
77. No. Matrícula mercantil:	2547600	2547600
78. Departamento:	11	11
79. Ciudad/Municipio:	001	4
Vigencia:		
80. Desde:	19850826	20110403
81. Hasta:	19950825	20400403

Composición del Capital

82. Nacional:	100 %
83. Nacional público:	0 %
84. Nacional privado:	100 %
85. Extranjero:	0 %
86. Extranjero público:	0 %
87. Extranjero privado:	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):
1	79	20150101	
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® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

MUISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14681323000

(415)7707212489984(8020) 000001468132300 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 6 0 5 2 9 8 9 0	0	Impuestos de Grandes Contribuyentes 31	

Representación

1

98. Representación:	99. Fecha inicio ejercicio representación:
REPRS LEGAL PRIN 18	20081210

100. Tipo de documento:	101. Número de identificación:	102. DV	103. Número de tarjeta profesional:
Cédula de Ciudadaní 13	1923656 5		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
AMARILLO	CENTENO	LUIS	JESUS

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

2

98. Representación:	99. Fecha inicio ejercicio representación:
REPRS LEGAL SUPL 19	20081210

100. Tipo de documento:	101. Número de identificación:	102. DV	103. Número de tarjeta profesional:
Cédula de Ciudadan 13	51649420	-	

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
TRIVIÑO	MORENO	MARTHA	LUCIA

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

3

98. Representación:	99. Fecha inicio ejercicio representación:
REPRESENTANTE ADUANERO 22	20150130

100. Tipo de documento:	101. Número de identificación:	102. DV	103. Número de tarjeta profesional:
Cédula de Ciudadan 13	79248633	-	

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
CEPEDA	LOPEZ	JORGE	IGNACIO

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

4

98. Representación:	99. Fecha inicio ejercicio representación:
REPRESENTANTE ADUANERO 22	20150129

100. Tipo de documento:	101. Número de identificación:	102. DV	103. Número de tarjeta profesional:
Cédula de Ciudadan 13	52429004	-	

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
AMARILLO	TRIVIÑO	SANDRA	ISABEL

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

Colombia, un compromiso que no podemos evadir.

DIAN
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

MUISCA
Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14681323000

(415)7707212489984(8020) 000001468132300 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 6 0 5 2 9 8 9 0	0	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 3 6 5 6 5	-	COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
AMARILLO	CENTENO	LUIS	JESUS

119. Razón social

120. Valor capital del socio:	121. % Participación:	122. Fecha de ingreso:	123. Fecha de retiro:
425,000,000	8 5	2 0 0 8 1 2 1 0	

2

111. Tipo de documento:	112. Número de identificación:	113. DV	114. Nacionalidad:
Cédula de Ciudad 1 3	5 1 6 4 9 4 2 0	-	COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
TRIVIÑO	MORENO	MARTHA	LUCIA

119. Razón social

120. Valor capital del socio:	121. % Participación:	122. Fecha de ingreso:	123. Fecha de retiro:
75,000,000	1 5	2 0 0 8 1 2 1 0	

3

111. Tipo de documento:	112. Número de identificación:	113. DV	114. Nacionalidad:
Cédula de Ciudada 1 3	1 0 1 9 0 5 3 1 4 8	-	COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
AMARILLO	TRIVIÑO	JUAN	CAMILO

119. Razón social

120. Valor capital del socio:	121. % Participación:	122. Fecha de ingreso:	123. Fecha de retiro:
		2 0 0 8 1 2 1 0	

4

111. Tipo de documento:	112. Número de identificación:	113. DV	114. Nacionalidad:
Cédula de Ciudad 1 3	2 3 3 2 6 4 6 3	-	COLOMBIA 1 6

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
AMARILLO	CENTENO	IRENE	

119. Razón social

120. Valor capital del socio:	121. % Participación:	122. Fecha de ingreso:	123. Fecha de retiro:
		2 0 0 8 1 2 1 0	

5

111. Tipo de documento:	112. Número de identificación:	113. DV	114. Nacionalidad:
Cédula de Ciudad 1 3	1 0 2 0 7 9 0 1 2 4	-	COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
AMARILLO	TRIVIÑO	DAVID	SANTIAGO

119. Razón social

120. Valor capital del socio:	121. % Participación:	122. Fecha de ingreso:	123. Fecha de retiro:
		2 0 0 8 1 2 1 0	

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Colombia, un compromiso que no podemos evadir.

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

MUISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14681323000

(415)7707212489984(8020) 000001468132300 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 6 0 5 2 9 8 9 0	0	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	5 1 6 4 2 0 9 2		1 7 5 1 2 T

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres
MARTINEZ	HIGUERA	SONIA	

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

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

Revisor Fiscal Suplente

136. Tipo de documento:	137. Número de identificación:	138. DV	139. Número de tarjeta profesional:
Cédula de Ciudadanía 1 3	4 1 5 6 5 5 4 3		2 5 8 1 3 T

140. Primer apellido	141. Segundo apellido	142. Primer nombre	143. Otros nombres
PALACIOS	DE RIVERA	MARIA	ISTMENIA DEL ROSARIO

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

147. Fecha de nombramiento: 2 0 1 1 0 6 0 3

Contador

148. Tipo de documento:	149. Número de identificación:	150. DV	151. Número de tarjeta profesional:
Cédula de Ciudadanía 1 3	7 9 9 7 3 9 3 2		1 0 9 1 5 0 T

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

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

159. Fecha de nombramiento: 2 0 1 6 0 5 1 6

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Colombia, un compromiso que no podemos evadir.

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

MUISCA
Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14681323000

(415)7707212489984(8020) 000001468132300 0

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

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 producto 4 7 7 3

162. Nombre del establecimiento: DISORTHO

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

165. Dirección: CL 84 19 A 20

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

Colombia, un compromiso que no podemos evadir.

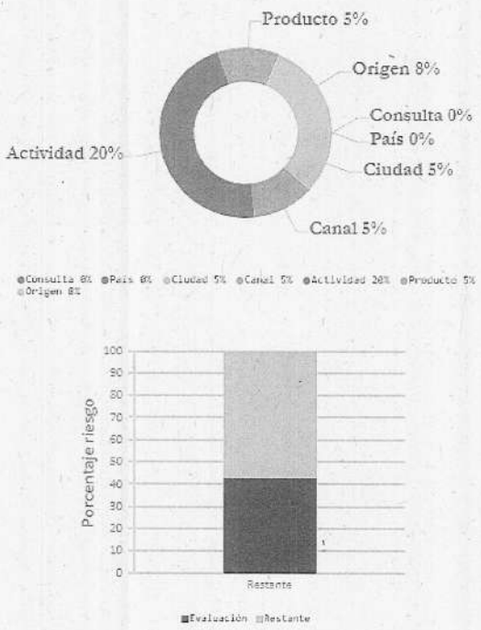
SARLAFTCOL

REPORTE

Nombre	Disortho s.a.
Número de identificación	860529890-0
Alias	
Fecha de reporte	Martes 11 de Febrero del 2020, 4:10 pm
Estado consulta	No reportado
País	Colombia
Jurisdicción	11001 bogotÁ, d.c.
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%	5%
Canal	5%	5%
Actividad	20%	20%
Producto	5%	5%
Origen de recursos	20%	8%
PERFIL DE RIESGO		43%
		57%



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/DISORTHOS.A..xls