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: | ENERO 30 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: | HOSPIMPORT S.A.S. | | NIT: | 800.082.394-1 |
|---|---|---|---|---|
| REPRESENTANTE LEGAL: | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO: | NOMBRES: | |
| | LOPEZ | PEREZ | FERNANDO | |

| CEDULA DE CIUDADANÍA | ☒ | NUMERO: | LUGAR DE EXPEDICION | FECHA EXPEDICION AAAA/MM/DD |
|---|---|---|---|---|
| CEDULA DE EXTRANJERÍA | ☐ | 19.323.983 | BOGOTA | 10/02/1977 |

| FECHA NACIMIENTO AAAA/MM/DD | LUGAR NACIMIENTO: | DEPARTAMENTO: | NACIONALIDAD (1): | NACIONALIDAD (2): |
|---|---|---|---|---|
| 1958-10-28 | BOGOTA | CUNDINAMARCA | COLOMBIANO | |

| DIRECCION DOMICILIO PRINCIPAL: | CIUDAD: | DEPARTAMENTO: | PAIS: | TELEFONO/FAX |
|---|---|---|---|---|
| CRA. 19 B No. 82-46 OF.602 | BOGOTA | CUNDINAMARCA | COLOMBIA | 7030539 |

| CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO: | PORTAL/PAGINA INTERNET: |
|---|---|
| f.lopez@hospimport.com | www.hospimport.com |

| DIRECCION SUCURSAL/AGENCIA: | CIUDAD: | DEPARTAMENTO: | PAIS: | TELEFONO/FAX |
|---|---|---|---|---|
| CRA. 19 B No. 82-46 OF.602 | BOGOTA | CUNDINAMARCA | COLOMBIA | 7034854 |

| TIPO DE EMPRESA: | | ACTIVIDAD ECONOMICA: | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ PUBLICA | ☐ INDUSTRIAL | ☐ AGRICOLA | ☐ SERVICIOS DE SALUD | CUAL: | IMPORTACIÓN Y COMERCIALIZACIÓN DE IMPLANTES ORTOPÉDICOS |
| ☐ MIXTA | ☒ COMERCIAL | ☐ FARMACEUTICA | ☐ SERVICIOS FINANCIEROS | | |
| ☒ PRIVADA | ☐ ASEGURADOR | ☐ TRANSPORTES | ☐ OTRA, | | |
| ☐ EXTRANJERA | ☐ SERVICIOS | | | | |

| INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE: | RENTA/CREE | IVA | I.C.A. | CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMIC | |
|---|---|---|---|---|---|
| | (SI) ☒ | (SI) ☒ | (SI) ☒ | 4659 | |
| | (NO) ☐ | (NO) ☐ | (NO) ☐ | 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 |
|---|---|---|---|
| FELOPE MEDICA SAS | 48,94% | C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☒ NIT ☐ OTRO ☐ | 900.358.571-6 |
| LUZ MARIA PEINADO | 20,03% | C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐ | 32.336.611 |
| FERNANDO LOPEZ PEREZ | 17,48% | C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐ | 19.323.983 |
| | | 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 | 900.317.527 | ACTIVOS TOTALES | 12.766.687.204 |
| INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES | 34.105.647 | PASIVOS TOTALES | 8.718.553.249 |
| EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES | 809.193.193 | PATRIMONIO | 4.048.133.956 |
| EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES | 56.503.165 | | |
| CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES: | ARRIENDO Y DIFERENCIA EN CAMBIO | | |
| CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES: | FINANCIEROS | | |

## V. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES

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

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

Especifique cual:

| TIPO PRODUCTO | No DEL PRODUCTO | ENTIDAD | MONTO OPERACIÓN | CIUDAD | PAIS | MONEDA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |

## VI. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

IMPORTACIÓN Y COMERCIALIZACIÓN DE IMPLANTES ORTOPEDICOS

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 ) 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 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 comerciais, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

### AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE, con Nit 900.959.048-4, ubicada en la Calle 9 No 39-46, teléfono 7560505 Cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

**Declaro expresamente:**

I. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestacón de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestacion de servicios de salud.

II. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámiote de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accedere a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadisticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las peronas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, 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 hagan sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las mismas.

6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

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

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud ***(Calle 9 No 39-46, Bogota DC, Telefono 7560505 E-mail: dirfinanciera@subredsuroccidente.gov.co*** y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.

9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizo, 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 14676965343

(415)7707212489984(8020) 000001467696534 3

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

| 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
CR 19 B 82 46 OF 602

| 42. Correo electrónico: | 43. Código postal | 44. Teléfono 1: | 45. Teléfono 2: |
|---|---|---|---|
| admon@hospimport.com | | 7 0 3 0 5 3 9 | 7 0 3 4 8 5 4 |

### 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 5 9 | 2 0 1 3 0 4 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: | 5 | 7 | 8 | 9 | 1 | 0 | 1 | 4 | 4 | 2 | 4 | 8 | 5 | 2 | | | | | | | | | | | | |

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
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**

| | 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 2 0 0 1 0 8

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 LOPEZ PEREZ FERNANDO
985. Cargo: Representante legal Certificado

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 08-01-2020 12:57:49PM

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: 14676965343

(415)7707212489984(8020) 000001467696534 3

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

## Constitución, Registro y Última Reforma

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

Vigencia:

| | |
|---|---|
| 80. Desde: | 1 9 8 9 0 9 0 1 |
| 81. Hasta: | 2 0 5 0 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:
Superintendencia de Sociedades 5

## Estado y Beneficio

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

## Vinculación económica

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

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

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

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

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: 14676965343

(415)7707212489984(8020) 000001467696534 3

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

**Representación**

**1**

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

| 100. Tipo de documento: | 101. Número de identificación: | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional: |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadaní 1 3 | 1 9 3 2 3 9 8 3 | - | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| LOPEZ | PEREZ | FERNANDO | |

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

**2**

| 98. Representación: | 99. Fecha inicio ejercicio representación: |
|---|---|
| REPRS LEGAL SUPL 1 9 | 1 9 9 9 0 5 1 9 |

| 100. Tipo de documento: | 101. Número de identificación: | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional: |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadan 1 3 | 1 0 2 0 7 2 3 1 8 8 | - | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| LOPEZ | RODRIGUEZ | FEDERICO | |

| 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 Ingreso, Servicio y Control Automatizado

**001**

Página 4 de 4 **Hoja 5**

Espàcio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14676965343

(415)7707212489984(8020) 000001467696534 3

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

**Revisor Fiscal y Contador**

**Revisor Fiscal Principal**

| 124. Tipo de documento: | 125. Número de identificación: | 126. DV | 127. Número de tarjeta profesional: |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 9 4 9 8 9 6 2 | - | 1 6 5 9 6 T |

| 128. Primer apellido | 129. Segundo apellido | 130. Primer nombre | 131. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| MUÑOZ | PEDROZA | HECTOR | FABIO |

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

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

**Revisor Fiscal Suplente**

| 136. Tipo de documento: | 137. Número de identificación: | 138. DV | 139. Número de tarjeta profesional: |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 0 3 0 5 8 0 8 9 5 | - | 2 3 7 0 1 3 T |

| 140. Primer apellido | 141. Segundo apellido | 142. Primer nombre | 143. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| GUTIERREZ | TOVAR | YESICA | LORENA |

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

147. Fecha de nombramiento: 2 0 1 9 1 1 2 1

**Contador**

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

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

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

159. Fecha de nombramiento:

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Colombia, un compromiso que no podemos evadir.

Fecha generación documento PDF: 08-01-2020 12:57:49PM

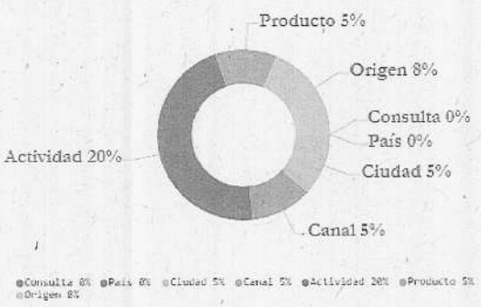
SARLAFTCOL

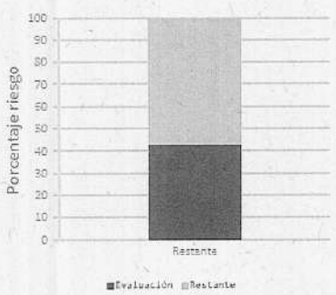
# REPORTE

| | |
|---|---|
| **Nombre** | Hospimport s.a.s. |
| **Número de identificación** | 800082394-1 |
| **Alias** | |
| **Fecha de reporte** | Martes 11 de Febrero del 2020, 4:27 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** | 4659 comercio al por mayor de otros tipos de maquinaria y equipo 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/HOSPIMPORTS.A.S..xls

Secretaría de Salud
Subred 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: | 2020-01-31 | 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: | EDM EQUIPOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS S.A.S. | | NIT: | 900.399.132-1 |
|---|---|---|---|---|
| REPRESENTANTE LEGAL: | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO: | NOMBRES: | |
| | FORERO | REYES | GERMAN | |
| CEDULA DE CIUDADANÍA ☒ | NUMERO: | LUGAR DE EXPEDICION | FECHA EXPEDICION AAAA/MM/DD | |
| CEDULA DE EXTRANJERÍA ☐ | 19.381.624 | BOGOTA | 22/12/1977 | |

| FECHA NACIMIENTO AAAA/MM/DD | LUGAR NACIMIENTO: | DEPARTAMENTO: | NACIONALIDAD (1): | NACIONALIDAD (2): |
|---|---|---|---|---|
| 1959-08-15 | BOGOTA | CUNDINAMARCA | COLOMBIANO | |

| DIRECCION DOMICILIO PRINCIPAL: | CIUDAD: | DEPARTAMENTO: | PAIS: | TELEFONO/FAX |
|---|---|---|---|---|
| CALLE 106 No. 57 - 20 | BOGOTA | CUNDINAMARCA | COLOMBIA | 2267987 |

| CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO: | PORTAL/PAGINA INTERNET: |
|---|---|
| german.forero@edmsas.com | |

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

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

| INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE: | RENTA/CREE | IVA | I.C.A. | CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMIC |
|---|---|---|---|---|
| | (SI) ☒ | (SI) ☒ | (SI) ☒ (NO) ☐ | 4645 |
| | (NO) ☐ | (NO) ☐ | | 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 |
|---|---|---|---|
| MARIA OLIVA GIRALDO YEPES | 47.00% | C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐ | 42.981.879 |
| GERMAN FORERO REYES | 47.00% | C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐ | 19.381.624 |
| | | C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐ | |
| | | C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐ | |

Secretaría de Salud
Subred 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 | $746.713.347 | ACTIVOS TOTALES | $14.502.002.254 |
| INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES | $1.195.448 | PASIVOS TOTALES | $10.088.226.446 |
| EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES | $728.189.326 | PATRIMONIO | $4.413.775.808 |
| EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES | - | | |
| CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES: | DESCUENTOS FINANCIEROS | | |
| CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES: | DIFERENCIA EN CAMBIO | | |

## V. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| IMPORTAC IONES | [X] | EXPORTACIONES | [ ] | INVERSIONES | [ ] | Especifique cual: | |
| OPERACIONES DE REDESCUENTO | [ ] | LEASING | [ ] | TRASFERENCIAS | [X] | | |
| PRESTAMOS MODENA EXTRANJERA | [ ] | PAGOS SERVICIOS | [X] | OTRAS | [ ] | | |

| TIPO PRODUCTO | No DEL PRODUCTO | ENTIDAD | MONTO OPERACIÓN | CIUDAD | PAIS | MONEDA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |

## VI. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

**Declaro expresamente que:**

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

GIROS ORDINARIOS DEL NEGOCIO Y PRESTAMOS CON EL SECTOR FINANCIERO

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

## VII. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

APODERADO
Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.

## VIII. AUTORIZACION DE USO DE INFORMACION

### CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintedencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilizacion no requeriria de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comerciais, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

Secretaría de Salud
Subred 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

## AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE, con Nit 900.959.048-4, ubicada en la Calle 9 No 39-46, teléfono 7560505 Cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

**Declaro expresamente:**

I. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestacón de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestacion de servicios de salud.

II. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámiote de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accedere a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadisticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) 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 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 hiran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Titulo I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las mismas.

6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES. Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

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

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal 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 autorizo, 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

# Formulario del Registro Único Tributario
## Hoja Principal

MUISCA

**001**

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14669859682

(415)7707212489984(8020) 000001466985968 2

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

**IDENTIFICACION**

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

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

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

35. Razón social:
EDM EQUIPOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS SAS

| 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 106 57 20 BRR PUENTE LARGO

| 42. Correo electrónico | 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|---|
| edmsas@hotmail.com | | 2 2 6 7 9 8 7 | 6 7 5 5 3 7 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 | 2 0 1 6 0 1 0 1 | | | | | | 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 | 9 | 1 | 0 | 1 | 4 | 4 | 2 | 4 | 8 | 5 | 2 | | | | | | | | | | | | | |

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

**Obligados aduaneros**

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

**Exportadores**

| 55. Forma | 56. Tipo |
|---|---|
| 3 | 3 |

| Servicio | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|
| 57. Modo | 1 | | |
| 58. CPC | 9 9 | | |

**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 1 1 0 5

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

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

984. Nombre: ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo:

Fecha generación documento PDF: 05-11-2019 09:06:05AM

DOCUMENTO SIN COSTO

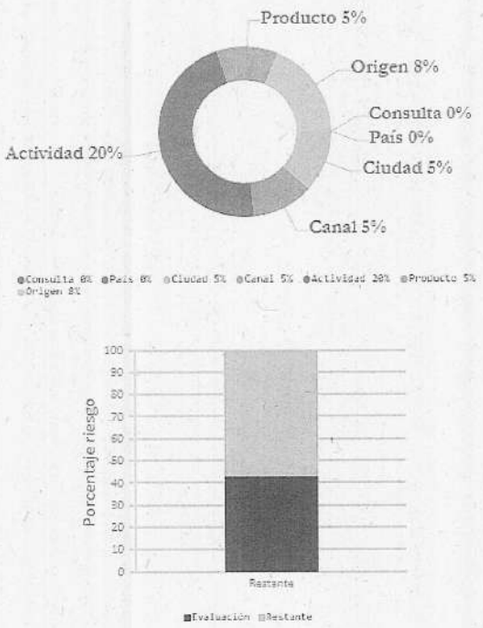
SARLAFTCOL

# REPORTE

| | |
|---|---|
| **Nombre** | Edm equipos y dispositivos mÉdicos s.a.s. |
| **Número de identificación** | 900399132-1 |
| **Alias** | |
| **Fecha de reporte** | Martes 11 de Febrero del 2020, 4:29 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

| TIPO DE RELACIÓN | INDICADOR PROVEEDOR | RESULTADO |
|---|---|---|
| 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/EDMEQUIPOSYDISPOSITIVOSMÉDICOSS.A.S..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
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: | LOGISTICA PARA DISPOSITIVOS MEDICOS S.A.S | | NIT: | 830023819-5 |
|---|---|---|---|---|
| REPRESENTANTE LEGAL: | PRIMER APELLIDO: | SEGUNDO APELLIDO: | NOMBRES: | |
| | GUTIERREZ | PEREZ | JOSE DARIO | |

| CEDULA DE CIUDADANÍA ☒ | NUMERO: | LUGAR DE EXPEDICION | FECHA EXPEDICION AAAA/MM/DD |
|---|---|---|---|
| CEDULA DE EXTRANJERÍA ☐ | 79,143,254 | BOGOTA | 22/12/1976 |

| FECHA NACIMIENTO AAAA/MM/DD | LUGAR NACIMIENTO: | DEPARTAMENTO: | NACIONALIDAD (1): | NACIONALIDAD (2): |
|---|---|---|---|---|
| 1958-09-13 | MEDELLIN | ANTIOQUIA | COLOMBIANO | |

| DIRECCION DOMICILIO PRINCIPAL: | CIUDAD: | DEPARTAMENTO: | PAIS: | TELEFONO/FAX |
|---|---|---|---|---|
| CRA 49 B # 91 -98 | BOGOTA | CUNDINAMARCA | COLOMBIA | 2572077 |

| CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO: | PORTAL/PAGINA INTERNET: |
|---|---|
| yehimy.huerfano@logysmed.com / logysmed@logysmed.com | www.logysmed.com |

| DIRECCION SUCURSAL/AGENCIA: | CIUDAD: | DEPARTAMENTO: | PAIS: | TELEFONO/FAX |
|---|---|---|---|---|
| N/A | N/A | N/A | | |

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

| INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE: | RENTA/CREE | IVA | LCA. | CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMIC |
|---|---|---|---|---|
| | (SI) ☒ (NO) ☐ | (SI) ☐ (NO) ☒ | (SI) ☐ (NO) ☐ | 4659 / 8692 |
| | | | | 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 |
|---|---|---|---|
| FORMAS LOGISTICAS Y TECNOLOGICAS S.A.S | 70.00% | C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☒ OTRO ☐ | 830,028,250 |
| JOSE DARIO GUTIERREZ PEREZ | 27.50% | C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐ | 79,143,254 |
| | | C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐ | |
| | | C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐ | |

**IV. INFORMACION FINANCIERA**

| INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES | 1,045,730,829 | ACTIVOS TOTALES | 16,292,289,044 |
|---|---|---|---|

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

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**
**ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO**
**FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA JURIDICA**

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES | 918,926,707 | PATRIMONIO | 10,461,924,670 |
| EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES | 46,212,586 | | |
| CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES: | RECUPERACION DE COSTOS Y GASTOS | | |
| CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES: | DIFERENCIA EN CAMBIO Y GASTOS FINANCIEROS | | |

**V. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES**

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

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

Especifique cual:

| TIPO PRODUCTO | No DEL PRODUCTO | ENTIDAD | MONTO OPERACIÓN | CIUDAD | PAIS | MONEDA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |

**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 DE LAS OPERACIONES COMERCIALES DE LA COMPAÑIA

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 Superintendencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del articulo 2 de la 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 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 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) 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 peronas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y estadisticos.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.

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

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**
**ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO**
**FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA JURIDICA**

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

5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Titulo I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las mismas.
6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.
7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal 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 7560305 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 14681118413

(415)7707212489984(8020) 000001468111841 3

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT): | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 3 0 0 2 3 8 1 9 | 5 | 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:
LOGISTICA PARA DISPOSITIVOS MEDICOS SAS

36. Nombre comercial:

37. Sigla:
LOGYSMED

## 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
CR 49 B 91 98

| 42. Correo electrónico: | 43. Código postal | 44. Teléfono 1: | 45. Teléfono 2: |
|---|---|---|---|
| logysmed@logysmed.com | | 2 5 7 2 0 7 7 | |

## 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 5 9 | 1 9 9 6 1 0 0 7 | 8 6 9 2 | 2 0 1 9 1 2 0 1 | 7 7 3 0 5 2 2 9 | | | |

### 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 | 2 | 4 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

### Obligados aduaneros

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

### Exportadores

| 55. Forma | 56. Tipo |
|---|---|
| 3 | 3 |

| Servicio | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|
| 57. Modo | 2 | | |
| 58. CPC | 9 7 | | |

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

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 2 0 0 1 2 9

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 GUTIERREZ PEREZ JOSE DARIO
985. Cargo: Representante legal Certificado

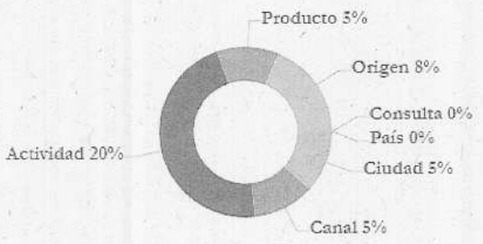
COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 29-01-2020 12:13:23PM

SARLAFTCOL

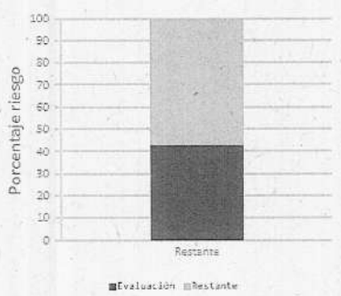
# REPORTE

| | |
|---|---|
| **Nombre** | Logistica para dispositivos medicos s.a.s. |
| **Número de identificación** | 830023819-5 |
| **Alias** | |
| **Fecha de reporte** | Martes 11 de Febrero del 2020, 4:42 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** | 4659 comercio al por mayor de otros tipos de maquinaria y equipo n.c.p. |




## CRITERIOS DE EVALUACIÓN

| TIPO DE RELACIÓN | INDICADOR PROVEEDOR | RESULTADO |
|---|---|---|
| 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/LOGISTICAPARADISPOSITIVOSMEDICOSS.A.S..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
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

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

| FECHA: | 30 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: | Ortomac S.A.S | | | NIT: | 800 174 043-5 |
|---|---|---|---|---|---|
| REPRESENTANTE LEGAL: | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO: | | NOMBRES: | |
| | Rebolledo | Alvarez | | Juan Carlos | |
| CEDULA DE CIUDADANÍA ☒ | NUMERO: | LUGAR DE EXPEDICION | | FECHA EXPEDICION AAAA/MM/DD | |
| CEDULA DE EXTRANJERÍA ☐ | 13 069 790 | Pasto | | 1993 04 13 | |
| FECHA NACIMIENTO AAAA/MM/DD | LUGAR NACIMIENTO: | DEPARTAMENTO: | NACIONALIDAD (1): | NACIONALIDAD (2): | |
| 1981 04 09 | Pasto | Nariño | Colombiana | | |
| DIRECCION DOMICILIO PRINCIPAL: | CIUDAD: | DEPARTAMENTO: | PAIS: | TELEFONO/FAX | |
| Cr 52 # 79-73 | Bogotá | Cundinamarca | Colombia | 5190515 | |
| CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO: | | PORTAL/PAGINA INTERNET: | | | |
| jrebolledo@ortomac.com.co | | | | | |
| DIRECCION SUCURSAL/AGENCIA: | CIUDAD: | DEPARTAMENTO: | PAIS: | TELEFONO/FAX | |
| | | | | | |

| TIPO DE EMPRESA: | | ACTIVIDAD ECONOMICA: | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ PUBLICA | ☐ INDUSTRIAL | ☐ AGRICOLA | ☐ SERVICIOS DE SALUD | | |
| ☐ MIXTA | ☒ COMERCIAL | ☐ FARMACEUTICA | ☐ SERVICIOS FINANCIEROS | CUAL: | |
| ☒ 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) ☐ | 3250 | 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 felipe Ramirez Leon | 43.2% | C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐ | 13818144 |
| Alvaro Silva Ardila | 19.6% | C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐ | 19184508 |
| Werner Sieber | 11.9% | C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☒ | 434075139 |
| | | C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐ | |

### IV. INFORMACION FINANCIERA

| | | | |
|---|---|---|---|
| INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES | $687.335.381 | ACTIVOS TOTALES | $18.579.856.510 |
| INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES | $ 4.577.363 | PASIVOS TOTALES | $ 5.981.036.696 |

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

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**
**ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO**
**FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA JURIDICA**

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES | 638.601.248 | PATRIMONIO | 12.598.819.815 |
| EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES | 65.527.412 | | |
| CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES: | intereses y rendimiento DIFERENCIA EN CAMBIO | | 15511.253 |
| CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES: | diferencia en cambio, baja activos f DIFERENCIA EN CAMBIO | | 33.236.123 |

**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 | 80100002076 | Bancolombia | 2000 USD | 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 del objeto social de la compañia

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 parámetros 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**

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 podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las peronas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañias de asistencia medica, abogados internos y exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y estadisticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.

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 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 Juridica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las mismas.
6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.
7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, 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: 14673280639

(415)7707212489984(8020) 000001467328063 9

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT): | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 0 0 1 7 4 0 4 3 | 5 | 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:
ORTOMAC S A S

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
CR 52 79 73

| 42. Correo electrónico: | 43. Código postal | 44. Teléfono 1: | 45. Teléfono 2: |
|---|---|---|---|
| contador@ortomac.com.co | | 5 1 9 0 5 1 5 | |

## 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 |
| 3 2 5 0 | 1 9 9 2 0 9 2 4 | 4 6 5 9 | 1 9 9 2 0 9 2 4 | 7 7 3 0 | | | 1 |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Código: | 3 | 5 | 7 | 8 | 9 | 1 | 0 | 1 | 4 | 3 | 8 | 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
14- Informante de exogena
38- Facturación Electrónica Voluntaria
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA

### Obligados aduaneros

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

### Exportadores

| 55. Forma | 56. Tipo |
|---|---|
| 2 | 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 1 2 0 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: REBOLLEDO ALVAREZ JUAN CARLOS
985. Cargo: Representante legal Certificado

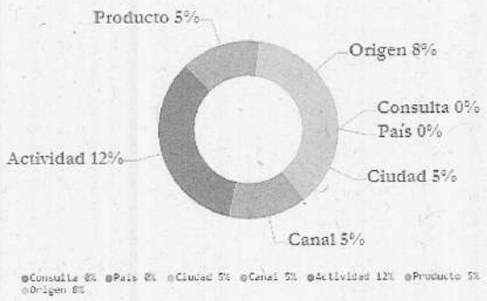
DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 03-12-2019 04:31:57PM

SARLAFTCOL

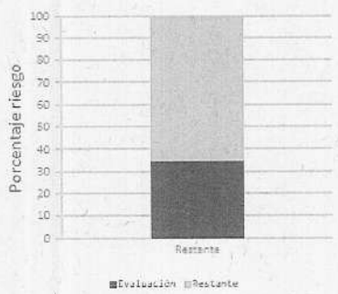
# REPORTE

| | |
|---|---|
| **Nombre** | Ortomac s.a.s. |
| **Número de identificación** | 800174043-5 |
| **Alias** | |
| **Fecha de reporte** | Martes 11 de Febrero del 2020, 4:34 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** | 3250 fabricación de instrumentos, aparatos y materiales médicos y odontológicos (incluido mobiliario). |




## CRITERIOS DE EVALUACIÓN

| | INDICADOR | RESULTADO |
|---|---|---|
| TIPO DE RELACIÓN | PROVEEDOR | |
| Consulta | 0% | 0% |
| País | 5% | 0% |
| Jurisdicción | 5% | 5% |
| Canal | 5% | 5% |
| Actividad | 20% | 12% |
| Producto | 5% | 5% |
| Origen de recursos | 20% | 8% |
| PERFIL DE RIESGO | | 35% |
| | | 65% |




## 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/ORTOMACS.A.S..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
**VERSIÓN:** 02
**FECHA:** 2017-08-22

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

| FECHA: | FEBRERO 4 DE 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: | MEDIREX S.A.S. | | NIT: | 830.091.676-9 |
|---|---|---|---|---|
| REPRESENTANTE LEGAL: | PRIMER APELLIDO: | SEGUNDO APELLIDO: | NOMBRES: | |
| | GUTIERREZ | CAMACHO | PAOLA ANDREA | |
| CEDULA DE CIUDADANÍA ■ | NUMERO: | LUGAR DE EXPEDICION | FECHA EXPEDICION AAAA/MM/DD | |
| CEDULA DE EXTRANJERÍA ☐ | 52.352.729 | BOGOTA | 20/05/1997 | |

| FECHA NACIMIENTO AAAA/MM/DD | LUGAR NACIMIENTO: | DEPARTAMENTO: | NACIONALIDAD (1): | NACIONALIDAD (2): |
|---|---|---|---|---|
| 1979-02-14 | BOGOTA | CUNDINAMARCA | COLOMBIANA | |

| DIRECCION DOMICILIO PRINCIPAL: | CIUDAD: | DEPARTAMENTO: | PAIS: | TELEFONO/FAX |
|---|---|---|---|---|
| CALLE 85A N. 24-26 | BOGOTA | CUNDINAMARCA | COLOMBIA | 4833333 |

| CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO: | PORTAL/PAGINA INTERNET: |
|---|---|
| licitaciones@medirexsas.com | www.medirexsas.com |

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

| TIPO DE EMPRESA: | ACTIVIDAD ECONOMICA: | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ PUBLICA<br>☐ MIXTA<br>■ PRIVADA<br>☐ EXTRANJERA | ☐ INDUSTRIAL<br>■ COMERCIAL<br>☐ ASEGURADOR<br>☐ SERVICIOS | ☐ AGRICOLA<br>☐ FARMACEUTICA<br>☐ TRANSPORTES | ☐ SERVICIOS DE SALUD<br>☐ SERVICIOS FINANCIEROS<br>☐ OTRA, | CUAL: |

| INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE: | RENTA/CREE | IVA | I.C.A. | CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMIC |
|---|---|---|---|---|
| | (SI) ■ (NO) ☐ | (SI) ■ (NO) ☐ | (SI) ■ (NO) ☐ | 4645 / 4659<br>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 |
|---|---|---|---|
| YENNY MAGNOLIA CARRANZA ACOSTA | 40,00% | C.C. ■ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐ | 52.209.016 |
| FELIX ADRIAN HERNANDEZ TAMAYO | 40,00% | C.C. ■ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐ | 74.358.691 |
| | | 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 | 2.911.051.833 | ACTIVOS TOTALES | 29.300.901.000 |
| INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES | 137.134.750 | PASIVOS TOTALES | 13.670.859.000 |
| EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES | 621.789.333 | PATRIMONIO | 15.630.042.000 |
| EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES | 445.837.083 | | |
| CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES: | DIFERENCIA EN CAMBIO, DETERIORO DE CARTERA. INTERESES | | |
| CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES: | GASTOS BANCARIOS, DIFERENCIA EN CAMBIO, DETERIORO DE CARTERA | | |

## 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 CORRIENTE | 80100004066 | BANCOLOMBIA | 8400000 ANUAL | PANAMA | PANAMA | DÓLAR |
| | | | | | | |

## 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 DISPOSITIVOS MEDICOS

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 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 prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestacion de servicios de salud.

II. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:

**1.** FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámiote de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accedere a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadisticos, 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 terminos 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 Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañias de asistencia medica, abogados internos y exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el procesa 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 seleccion 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 hagan sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideracion que el capitulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las mismas.

**6.**DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

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

**8.** RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal c) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud ***(Calle 9 No 39-46, Bogotá DC, Telefono 7560505 E-mail: dirfinanciera@subredsuroccidente.gov.co*** y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.

**9.**AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizo, 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: 14659978177

(415)7707212489984(8020) 000001465997817 7

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT): | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 3 0 0 9 1 6 7 6 | 9 | 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:
MEDIREX S A S

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 85 A 24 26 BRR EL POLO

| 42. Correo electrónico: | 43. Código postal | 44. Teléfono 1: | 45. Teléfono 2: |
|---|---|---|---|
| informacion@medirexsas.com | | 4 8 3 3 3 3 3 | |

**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 | 2 0 1 3 0 1 2 8 | 4 6 5 9 | 2 0 1 3 0 1 2 8 | | | | |

**Responsabilidades, Calidades y Atributos**

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

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
15- Autorretenedor
23- Agente de retencion en ventas
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA

**Obligados aduaneros**

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

**Exportadores**

| 55. Forma | 56. Tipo |
|---|---|
| 1 | 3 |

| Servicio | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|
| 57. Modo | 1 | | |
| 58. CPC | 8 2 | | |

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

**Para uso exclusivo de la DIAN**

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 9 0 9 1 8

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.
Paragrafo del articulo 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: HERNANDEZ TAMAYO FELIX ADRIAN
985. Cargo: Representante legal Certificado

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: 14659978177

(415)7707212489984(8020) 000001465997817 7

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT): | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 3 0 0 9 1 6 7 6 | 9 | Impuestos de Bogotá 32 | |

## Características y formas de las organizaciones

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 62. Naturaleza | 2 | 63. Formas asociativas | 10 | 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: | 2407 | 1255 |
| 73. Fecha: | 20010911 | 20030520 |
| 74. Número de Notaría: | 25 | 25 |
| 75. Entidad de registro | 03 | 03 |
| 76. Fecha de registro: | 20010912 | 20030529 |
| 77. No. Matrícula mercantil: | 1126244 | 1126244 |
| 78. Departamento: | 11 | 11 |
| 79. Ciudad/Municipio: | 001 | 001 |

Vigencia:

| | | |
|---|---|---|
| 80. Desde: | 20010911 | |
| 81. Hasta: | 21010911 | 21010911 |

## 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 | 79 | 20140101 | - |
| 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

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: 14659978177

(415)7707212489984(8020) 000001465997817 7

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

**Representación**

**1**

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

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

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| CARRANZA | ACOSTA | YENNY | MAGNOLIA |

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

**2**

| 98. Representación: | 99. Fecha inicio ejercicio representación: |
|---|---|
| REPRS LEGAL SUPL 1 9 | 2 0 1 3 0 1 1 5 |

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

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| GUTIERREZ | CAMACHO | PAOLA | ANDREA |

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

**3**

| 98. Representación: | 99. Fecha inicio ejercicio representación: |
|---|---|
| REPRS LEGAL PRIN 1 8 | 2 0 1 6 0 3 0 4 |

| 100. Tipo de documento: | 101. Número de identificación: | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional: |
|---|---|---|---|
| Cédula de ciudadan 1 3 | 7 4 3 5 8 6 9 1 | - | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| HERNANDEZ | TAMAYO | FELIX | ADRIAN |

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

**4**

| 98. Representación: | 99. Fecha inicio ejercicio representación: |
|---|---|
| | |

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

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

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

**5**

| 98. Representación: | 99. Fecha inicio ejercicio representación: |
|---|---|
| | |

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

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

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

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

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**

Página 4 de 6 **Hoja 4**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14659978177

(415)7707212489984(8020) 000001465997817 7

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

**Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales**

**1**

| 111. Tipo de documento: | 112. Número de identificación: | 113. DV | 114. Nacionalidad: |
|---|---|---|---|
| Tarjeta de identidad 1 2 | 1 0 2 3 0 8 2 5 2 9 | - | COLOMBIA 1 6 9 |

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| HERNANDEZ | CARRANZA | MATEO | ESTEBAN |

119. Razón social

| 120. Valor capital del socio: | 121. % Participación: | 122. Fecha de ingreso: | 123. Fecha de retiro: |
|---|---|---|---|
| 200,000,000 | 1 0 | 2 0 0 4 0 7 0 7 | |

**2**

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

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| CARRANZA | ACOSTA | YENNY | MAGNOLIA |

119. Razón social

| 120. Valor capital del socio: | 121. % Participación: | 122. Fecha de ingreso: | 123. Fecha de retiro: |
|---|---|---|---|
| 800,000,000 | 4 0 | 2 0 0 1 0 9 1 1 | |

**3**

| 111. Tipo de documento: | 112. Número de identificación: | 113. DV | 114. Nacionalidad: |
|---|---|---|---|
| Registro civil de n 1 1 | 1 0 2 3 0 8 5 7 7 1 | - | COLOMBIA 1 6 9 |

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| HERNANDEZ | CARRANZA | JUAN | DIEGO |

119. Razón social

| 120. Valor capital del socio: | 121. % Participación: | 122. Fecha de ingreso: | 123. Fecha de retiro: |
|---|---|---|---|
| 200,000,000 | 1 0 | 2 0 1 8 0 5 1 6 | |

**4**

| 111. Tipo de documento: | 112. Número de identificación: | 113. DV | 114. Nacionalidad: |
|---|---|---|---|
| Cédula de ciudada 1 3 | 7 4 3 5 8 6 9 1 | - | COLOMBIA 1 6 |

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| HERNANDEZ | TAMAYO | FELIX | ADRIAN |

119. Razón social

| 120. Valor capital del socio: | 121. % Participación: | 122. Fecha de ingreso: | 123. Fecha de retiro: |
|---|---|---|---|
| 800,000,000 | 4 0 | 2 0 1 8 0 5 1 6 | |

**5**

| 111. Tipo de documento: | 112. Número de identificación: | 113. DV | 114. Nacionalidad: |
|---|---|---|---|
| | | - | |

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

119. Razón social

| 120. Valor capital del socio: | 121. % Participación: | 122. Fecha de ingreso: | 123. Fecha de retiro: |
|---|---|---|---|
| | | | |

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: 14659978177

(415)7707212489984(8020) 000001465997817 7

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

| 128. Primer apellido | 129. Segundo apellido | 130. Primer nombre | 131. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| LOPEZ | ALARCON | JUAN | CARLOS |

| 132. Número de Identificación Tributaria (NIT): | 133. DV | 134. Sociedad o firma designada: |
|---|---|---|
| 9 0 0 6 5 2 8 1 6 | 5 | KEY PEOPLE BUSINESS ADVISOR S.A.S. |

135. Fecha de nombramiento: 2 0 1 5 0 2 1 1

**Revisor Fiscal Suplente**

| 136. Tipo de documento: | 137. Número de identificación: | 138. DV | 139. Número de tarjeta profesional: |
|---|---|---|---|
| Cédula de ciudadanía 1 3 | 1 0 2 0 7 3 6 7 1 1 | - | 2 5 7 6 8 2 T |

| 140. Primer apellido | 141. Segundo apellido | 142. Primer nombre | 143. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| PINTO | CORTES | GLORIA | JOHANNA |

| 144. Número de Identificación Tributaria (NIT): | 145. DV | 146. Sociedad o firma designada: |
|---|---|---|
| 9 0 0 6 5 2 8 1 6 | 5 | KEY PEOPLE BUSINESS ADVISOR S.A.S. |

147. Fecha de nombramiento: 2 0 1 9 0 9 0 4

**Contador**

| 148. Tipo de documento: | 149. Número de identificación: | 150. DV | 151. Número de tarjeta profesional: |
|---|---|---|---|
| Cédula de ciudadanía 1 3 | 1 0 2 4 4 7 8 9 3 7 | - | 2 2 6 1 6 8 T |

| 152. Primer apellido | 153. Segundo apellido | 154. Primer nombre | 155. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| BENITO | ZEA | EDWIN | ALFONSO |

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

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

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: 14659978177

(415)7707212489984(8020) 000001465997817 7

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

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

**1**

| 160. Tipo de establecimiento: | 161. Actividad económica: |
|---|---|
| Oficina 0 8 | Comercio al por mayor de producto 4 6 4 5 |

162. Nombre del establecimiento: MEDIREX S.A.S

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

165. Dirección: CL 85 A 24 26

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

**2**

| 160. Tipo de establecimiento: | 161. Actividad económica: |
|---|---|
| Establecimiento de comerci 0 2 | Comercio al por mayor de producto 4 6 4 5 |

162. Nombre del establecimiento: MEDIREX S A S MEDELLIN

| 163. Departamento: | 164. Ciudad/Municipio: |
|---|---|
| Antioquia 0 5 | Medellín 0 0 1 |

165. Dirección: CR 43 A 1 85 OF 611

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

**3**

| 160. Tipo de establecimiento: | 161. Actividad económica: |
|---|---|
| Establecimiento de comerci 0 2 | Comercio al por mayor de producto 4 6 4 5 |

162. Nombre del establecimiento: MEDIREX S A S

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

165. Dirección: AV ROOSEVELT 25 32 OF 404

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

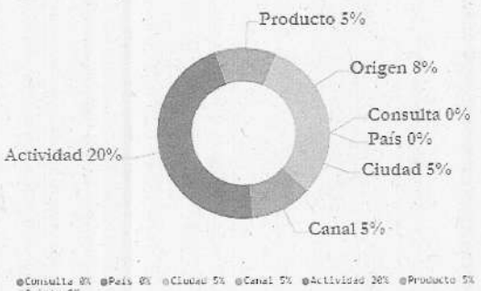
DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

Colombia, un compromiso que no podemos evadir.

SARLAFTCOL

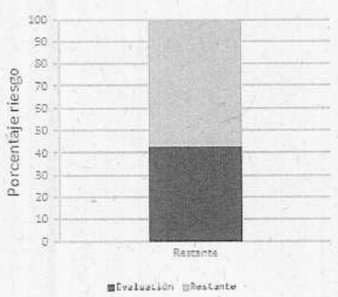
# REPORTE

| | |
|---|---|
| **Nombre** | Medirex s.a.s. |
| **Número de identificación** | 830091676-9 |
| **Alias** | |
| **Fecha de reporte** | Martes 11 de Febrero del 2020, 4:35 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/MEDIREXS.A.S..xls