ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E**	
	FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO PERSONAS NATURALES Y JURÍDICAS	**DI-GRI-FT-05 V1**

Fecha de diligenciamiento			**Tipo de Cliente o Contraparte**								**Tipo de Solicitud**	
Día	Mes	Año	Cliente		Contratista		Proveedor	X			Vinculación	
24	06	2024	Colaborador		Junta Directiva		Otro				Actualización	X
Ciudad	Bogotá D.C.						Departamento	Bogotá D.C.				

I. INFORMACIÓN GENERAL

PERSONA NATURAL

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Tipo de documento								N° Identificación
				CC		CE		TI		PAS		CD		

Lugar de expedición	Fecha de expedición			Lugar de nacimiento	Fecha de nacimiento			Dirección
	Día	Mes	Año		Día	Mes	Año	

Teléfono	Celular	Ciudad	Departamento	Profesión	Ocupación (código CIIU)

Responda sí o no a las siguientes preguntas

¿Administra recursos públicos?		¿Tiene reconocimiento público?		¿Tiene grado de poder público?		¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP?	

PERSONA JURÍDICA

Razón Social	NIT	Correo electrónico
Pharmaceutical Supply Chain SAS	900.270.461-4	psc.colombia@gmail.com

Tipo de sociedad:	Sociedades por Acciones Simplificadas									
Tipo de empresa:	Privada	X	Pública		Mixta		Sin ánimo de lucro			

Actividad económica principal

Salud		Farmacéutico		Químico		Industrial		Otro		¿Cuál?	
Transportes		Servicios	X	Comercial		Financiero		Código CIIU		7112	

Descripción de la actividad económica	Actividades de ingeniería y otras actividades conexas de consultoría técnica

Dirección oficina principal	Teléfono	Celular	Ciudad	Departamento
CR 27 A 40 A 32	7032311	3134493109	Bogotá D.C.	Bogotá D.C.

Representante Legal

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo de documento								N° Identificación
Gallo	Castro	John	Jairo	CC	X	CE		PAS		CD		79841239

Lugar de expedición	Dirección	Teléfono	Ciudad
Bogotá D.C.	CR 32 A 25 B 75	4735621	Bogotá D.C.

Responda sí o no a las siguientes preguntas

¿Administra recursos públicos?	No	¿Tiene reconocimiento público?	No	¿Tiene grado de poder público?	No	¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP?	No

Relación de Junta Directiva

Razón social o nombres y apellidos	Tipo de documento	N° Documento	% de Participación	**Observaciones**(Solo debe ser diligenciado por parte de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur)
John Jairo Gallo Castro	CC	79841239	51%	
Fabian Cote López	CC	91506143	49%	

Relación de Accionistas o Asociados

Razón social o nombres y apellidos	Tipo de documento	N° Documento	% de Participación	**Observaciones**(Solo debe ser diligenciado por parte de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur)
John Jairo Gallo Castro	CC	79841239	51%	
Fabian Cote López	CC	91506143	49%	

II. INFORMACIÓN FINANCIERA (Persona Juridica & Natural)

Total activos $	3.340.039.386	Total pasivos $	716.227.884	Patrimonio $	2.623.811.502
Ingresos mensuales $	210.974.944	Egresos mensuales $	193.621.822	Otros ingresos $	0
Concepto de otros ingresos	N/R			Información financiera a corte de:	31/12/2023

III. REFERENCIAS COMERCIALES

Nombre	Teléfono	Dirección	Ciudad
Clinica Materno Infantil San Luis SA	607 643 0026	Calle 48 # 25 - 56	Bucaramanga
Hospital Universitario De La Samaritana ESE	601 407 7075	Carrera 8 # 0 - 29	Bogotá D.C.

IV. OPERACIONES INTERNACIONALES (Persona Juridica & Natural)

¿Realiza negocios en moneda extranjera?				Tipo de transacciones											
				Importaciones	X	Exportaciones		Inversiones		Préstamos		Pago de servicios		Transferencias		Otros	
Sí	X	No		¿Cual?											

Productos financieros en moneda extranjera

Tipo de producto	No. de producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda
Ahorros	450200049929	Davivienda	12.000	Boca Raton	EEUU	USD

V. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

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

Origen de Ingresos	Actividades de ingeniería y otras actividades conexas de consultoría técnica

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E**	
	FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO PERSONAS NATURALES Y JURÍDICAS	**DI-GRI-FT-05 V1**

VI. FIRMA Y HUELLA

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

Firma
(Persona natural o Representante Legal si es persona jurídica)

Huella

VII. INFORMACIÓN DE CONSULTA

¿Dónde se realiza la búsqueda?		Fecha de Consulta		Hallazgo (*) Si/ NO		

VIII. HALLAZGO DE LA CONSULTA

Fuente	Nombre o Razón Social	Descripción de hallazgo, si aplica	

IX. DILIGENCIAR SI CORRESPONDE A UNA PERSONA JURÍDICA

Nombre de la persona que lo diligencia	Tipo de documento						Número de identificación
	CC		CE		PAS		

Lugar de expedición	Firma	

X. ENCARGADO DE RECIBIR Y REALIZAR VALIDACIÓN DE DATOS

Nombre de la persona que lo recibe	Tipo de documento						Número de identificación
	CC		CE		PAS		

Cargo	Fecha de recepción		Firma	