ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTA D.C

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	X	Contratista		Proveedor		Vinculación	
14	2	2025	Colaborador		Junta Directiva		Otro		Actualización	XXX
Ciudad	BOGOTA						Departamento	CUNDINAMARCA		

I. INFORMACIÓN GENERAL

PERSONA NATURAL

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Tipo de documento							N° Identificación
XXXXXXXXX	XXXXXXX	XXXXXX	XXXXX	CC		CE		TI		PAS	CD	XXXXXXXXX

Lugar de expedición	Fecha de expedición			Lugar de nacimiento	Fecha de nacimiento			Dirección
	Día	Mes	Año		Día	Mes	Año	
XXXXXXXXX				XXXXXXXXXX				XXXXXXXXXXXXXXXX

Teléfono	Celular	Ciudad	Departamento	Profesión	Ocupación (código CIIU)
XXXXXXXXX	XXXXXXX	XXXXXX	XXXXX	XXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXX

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
UCIPAHRMA S.A.	830,070,192-6	FLOR.QUINTERO@GRUPOAMAREY.COM

Tipo de sociedad:											
Tipo de empresa:	Privada	XXX	Pública		Mixta		Sin ánimo de lucro				

Actividad económica principal

Salud		Farmacéutico		Químico		Industrial		Otro		¿Cuál?	
Transportes		Servicios		Comercial	XXX	Financiero		Código CIIU		4645	
Descripción de la actividad económica	SUMINSITRO DE MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MEDICOS Y EQUIPOS MEDICOS										

Dirección oficina principal	Teléfono	Celular	Ciudad	Departamento
CR 7 # 99 53 TORRE 2 PISO 19-20	7447300	3203477513	BOGOTA	CUNDINAMARCA

Representante Legal

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo de documento							N° Identificación
CAMACHO	MONTOYA	MANUEL	IGNACIO	CC	X	CE		PAS		CD	79,568,251

Lugar de expedición	Dirección	Teléfono	Ciudad
BOGOTA	CR 7 # 99 53	7447300	BOGOTA

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)
ORLANDO JARAMILLO JARAMILLO	c.c.	19244831	n/a	
JOSE MANUEL RESTREPO ABONDANO	c.c.	79521502	n/a	
BEATRIZ LONDOÑO SOTO	c.c.	42870767	n/a	

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)
REYNA ROMERO & CIA SAS	NIT	800249542-2	90%	
AMAREY NOVA MEDICAL S.A.	NIT	800,250,382-2	8,50%	
AMAYA REYNA ESTEFANIA	NIT	700006373-9	1,00%	
NOVATECNICA SAS	NIT	900412189-6	0,25%	

II. INFORMACIÓN FINANCIERA (Persona Jurídica & Natural)

Total activos $	52.275.607.676	Total pasivos $	31.191.718.263	Patrimonio $	21.083.889.413
Ingresos mensuales $	6,038,045,723	Egresos mensuales $	4,951,872,524	Otros ingresos $	1,640,332,230
Concepto de otros ingresos	omercializacion al por mayor de productos farmaceuti	Información financiera a corte de:		31/12/2023	

III. REFERENCIAS COMERCIALES

Nombre	Teléfono	Dirección	Ciudad
HOSPITAL MILITAR CENTRAL	3486868	TRASV 3C 49 02	BOGOTA
SUB-RED SUROCCIDENTE E.S.E	3756579	CALLE 9 # 39-46	BOGOTA

IV. OPERACIONES INTERNACIONALES (Persona Jurídica & Natural)

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

Productos financieros en moneda extranjera

Tipo de producto	No. de producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda
MONEY	10401268	BANCOLOMBIA PANAMA	300000 USD	PANAMA	PANAMA	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):

Principal	ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA COMPAÑÍA SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS Y EQUIPOS MEDICOS

Origen de Ingresos	DE LA ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA COMPANIA SUMINITRO DE MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS Y EQUIPOS MEDICOS

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 juridica)



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	