ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	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	
31	01	2025	Colaborador		Junta Directiva		Otro		Actualización	
Ciudad	BOGOTA						Departamento	BOGOTA D.C.		

I. INFORMACIÓN GENERAL

PERSONA NATURAL

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Tipo de documento										N° Identificación
LUIS	EDUAR	PELAEZ	BUITRAGO	CC	X	CE		TI		PAS		CD		79.474.061

Lugar de expedición	Fecha de expedición			Lugar de nacimiento	Fecha de nacimiento			Dirección
	Día	Mes	Año		Día	Mes	Año	
BOGOTA D.C.	12	03	87	FALAN TOLIMA	02	07	68	CL 5 27A 14

Teléfono	Celular	Ciudad	Departamento	Profesión	Ocupación (código CIIU)
409 68 29	311 524 64 71	BOGOTA	BOGOTA D.C.	PUBLICISTA	1811

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

PERSONA JURÍDICA

Razón Social	NIT	Correo electrónico

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

Actividad económica principal

Salud		Farmacéutico		Químico		Industrial		Otro		¿Cuál?	
Transportes		Servicios	X	Comercial		Financiero		Código CIIU		1811	

Descripción de la actividad económica: ACTIVIDADES DE IMPRESION

Dirección oficina principal	Teléfono	Celular	Ciudad	Departamento
CL 5 27A 14	409 68 29	311 524 64 71	BOGOTA	BOGOTA D.C.

Representante Legal

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

Lugar de expedición	Dirección	Teléfono	Ciudad

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?	

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)

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)

II. INFORMACIÓN FINANCIERA (Persona Juridica & Natural)

Total activos $	1.046.626.546	Total pasivos $	395.776.274	Patrimonio $	650.850.272
Ingresos mensuales $	50.158.064	Egresos mensuales $	44.067.816	Otros ingresos $	
Concepto de otros ingresos		Información financiera a corte de:		31 DE DICIEMBRE DE 2023	

III. REFERENCIAS COMERCIALES

Nombre	Teléfono	Dirección	Ciudad
GALLINA COLOMBIANA SAS	260 57 05	CL 10 68B 43	BOGOTA D.C.
CHOHO COLOMBIA SAS	262 36 36	CR 63 18A 80	BOGOTA D.C.

IV. OPERACIONES INTERNACIONALES (Persona Juridica & Natural)

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

Productos financieros en moneda extranjera

Tipo de producto	No. de producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda

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	VENTA DE DISEÑO, CONCEPTO, DESARROLLO E IMPRESION DE PEQUEÑO Y GRAN FORMATO DE TODA CLASE DE PAPELERIA, SEÑALIZACION Y MATERIAL POP Y DOTACIONES EN GENERAL

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	