



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ 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	Contratista	Proveedor				Vinculación				
			Colaborador	Junta Directiva	Otro				Actualización				
Ciudad						Departamento							
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 CIU)			
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					
Tipo de sociedad:													
Tipo de empresa: Privada Pública Mixta Sin ánimo de lucro													
Actividad económica principal													
Salud		Farmacéutico		Químico		Industrial		Otro		¿Cuál?			
Transportes		Servicios		Comercial		Financiero		Código CIU					
Descripción de la actividad económica													
Dirección oficina principal				Teléfono		Celular		Ciudad		Departamento			
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 Jurídica & Natural)													
Total activos \$			Total pasivos \$			Patrimonio \$							
Ingresos mensuales \$			Egresos mensuales \$			Otros ingresos \$							
Concepto de otros ingresos			Información financiera a corte de:										
III. REFERENCIAS COMERCIALES													
Nombre			Teléfono		Dirección			Ciudad					
IV. OPERACIONES INTERNACIONALES (Persona Jurídica & Natural)													
¿Realiza negocios en moneda extranjera?		Tipo de transacciones											
		Importaciones	Exportaciones	Inversiones	Préstamos	Pago de servicios	Transferencias	Otros					
		¿Cuál?											
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

**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 VALIDACION DE DATOS**

Nombre de la persona que lo recibe	Tipo de documento			Número de identificación
	CC	CE	PAS	
Cargo	Fecha de recepción	Firma		