

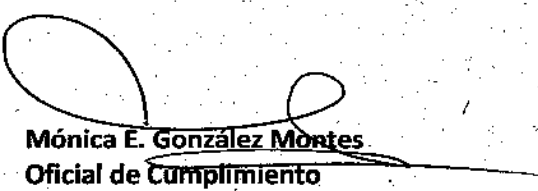
VERIFICACIÓN SARLAFT

OBJETO: SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS DE ACUERDO CON LA DESCRIPCIÓN DEL ANEXO TÉCNICO, CON EL APOYO TECNOLÓGICO REQUERIDO, EN CADA UNA DE LAS UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD QUE CONFORMAN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

CP-003-2021

Bogotá, D.C., Marzo de 2021

CRITERIOS A EVALUAR	PROPONENTE
	UCIPHARMA S.A.
	NIT: 830070192-6
CONDICIONES	CONDICIÓN
	SI/NO
1. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Jurídica, en cumplimiento de lo establecido.	SI
2. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Natural, Representante Legal, en cumplimiento de lo establecido en la Circular Externa N° 009 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud. NOTA 3: El formato SARLAFT presentado en la propuesta debe ir en formato PDF con firma y huella dactilar del representante legal, sin modificar la estructura del mismo.	N/A
CRITERIO	HABILITADO


Mónica E. González Montes
Oficial de Cumplimiento


Adriana Milena Velandía Trujillo
Técnico Administrativo II

SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARLAFT *

FECHA: 3-3-2021 CIUDAD: BOGOTA DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, de la Circular Externa No. 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización 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 Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

CLASE O TIPO DE VINCULACION LA EMPRESA (MARCA CON X)

☐ ASEGURADOR ☒ PROVEEDOR ☐ CONTRATISTA ☐ PARTICULAR ☐ OTRO CUAL:

I DATOS DE LA PERSONA JURIDICA

RAZON SOCIAL: UCIPHARMA S.A. NIT: 830.070.192-6

REPRESENTANTE LEGAL: PRIMER APELLIDO DURAN SEGUNDO APELLIDO: ECHANDÍA NOMBRES: JOSÉ RAÚL

CEDULA DE CIUDADANIA ☒ NUMERO: 19.425.741 LUGAR DE EXPEDICION: BOGOTA FECHA EXPEDICION: 1979-04-30

CEDULA DE EXTRANJERIA ☐ FECHA NACIMIENTO: 1960-08-09 LUGAR NACIMIENTO: MEDELLIN DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA NACIONALIDAD (1): COLOMBIANO NACIONALIDAD (2): COLOMBIANO

DIRECCION DOMICILIO PRINCIPAL: TR. 23 No. 93-23 CIUDAD: BOGOTA DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA PAIS: COLOMBIA TELEFONO/FAX: 7447300-2579781

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:

PORTAL/PAGINA INTERNET:

flor.quintero@grupoamarey.com

www.grupoamarey.com

DIRECCION SUCURSAL/AGENCIA: Tr.23 No.93-23 CIUDAD: BOGOTA DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA PAIS: COLOMBIA TELEFONO/FAX: 7447300-2679781

TIPO DE EMPRESA:

ACTIVIDAD ECONOMICA:

☐ PUBLICA ☐ INDUSTRIAL ☐ AGRICOLA ☐ SERVICIOS DE SALUD
☐ MIXTA ☒ COMERCIAL ☐ FARMACEUTICA ☐ SERVICIOS FINANCIEROS
☒ PRIVADA ☐ ASEGURADOR ☐ TRANSPORTES ☐ OTRA
☐ EXTRANJERA ☐ SERVICIOS

CUAL:

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE: RENTACREE ☒ IVA ☒ CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA: 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 PÚBLICO 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, APOORTE O PARTICIPACION

NOMBRE COMPLETO O RAZON SOCIAL (DE REQUERIR UTILICE ANEXO)	% PARTICIPACION	TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION
REYNA ROMERO & CIA S EN C	90	C.C. ☐ C.E. ☐ T.L. ☐ NIT ☒ OTRO ☐	800249542-2
AMAREY NOVA MEDICAL S.A.	8.95	C.C. ☐ C.E. ☐ T.L. ☐ NIT ☒ OTRO ☐	800250382-2
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.L. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.L. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	

IV. INFORMACION FINANCIERA

INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	3.021.819.963	ACTIVOS TOTALES	43.657.483.418
INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	57.802.245	PASIVOS TOTALES	19.641.905.209

EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	2.818.475.075	PATRIMONIO	24.015.578.209
EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	137.238.668		
CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES:	ingresos financieros	DIFERENCIA EN CAMBIO	
CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES:	ingresos financieros	DIFERENCIA EN CAMBIO	

V. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☒ NO ☐

IMPORTACIONES ☒	EXPORTACIONES ☐	INVERSIONES ☐	Especifique cual:
OPERACIONES DE REDESCUENTO ☐	LEASING ☐	TRANSFERENCIAS ☐	
PRESTAMOS MODENA EXTRANJERA ☐	PAGOS SERVICIOS ☐	OTRAS ☐	

TIPO PRODUCTO	No DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO OPERACIÓN	CIUDAD	PAIS	MONEDA
Cuenta Money Market	10401268	BANCOLOMBIA	250.000	PANAMA	PANAMA	USD

VI. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Declaro expresamente que:

- Los recursos que posee la Empresa provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupacion, oficio, actividad o negocio):
PRODUCCION DISTRIBUCION, VENTA DE INSTRUMENTAL MEDICA Y QUIRURGICO, DOTACIONES Y ARTICULOS DE USO Y CONSUMO MEDICO HOSPITALARIO EQUIPOS DE ENCLISIS DIÁLISIS Y TRANSFUSIONES, MATERIALES DE CURACIÓN Y QUIRURGICOS, MATERIAS PRIMAS, MATERIALES DE ENVASE Y EMPAQUE, MAQUINARIA, EQUIPOS Y SUS REPUESTOS
- Las actividades realizadas por la Empresa, se efectúan dentro del Marco Legal. Los recursos que posee NO provienen de actividades ilícitas de conformidad con el Código Penal Colombiano.
- La información suministrada en este formulario es veraz y verificable, y me obligo a actualizarla cuando así se requiera.
- Cláusula para apoderados: Certifico que toda la información suministrada y de la cual no soy titular ha sido obtenida de acuerdo con los parámetros establecidos legalmente.
- Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato NO se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

VII. DOCUMENTOS REQUERIDOS

- Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.
- Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
- Fotocopia del documento de identificación del Representante legal de la Empresa.
- Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado.
- Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.

APODERADO

Ajunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.

VIII. AUTORIZACION DE USO DE INFORMACION
CONSIDERACIONES

- 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 estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
- Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 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 utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
- Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes.
- Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entendiéndose 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:

- 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 prestación de servicios de salud.
- Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
I. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite 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 determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder 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) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío 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.
- El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.
- USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidad mencionada a: a) Las personas jurídicas 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 por la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación 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 celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolida, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada, para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.
- 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 harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlos, 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 Nacional de 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 INFORMACIÓN: Que como titular de la información, mis asistidos 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 mí.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: 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 incluyen 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 lo previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, según: a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud Calle 2 No 39-46, Bogotá DC, Teléfono 7560505 E-mail: dirfinanciera@subredsuroccidente.gov.co y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración 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 términos que nos fueron informados en el presente documento.

IX. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE ME SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

JOSÉ RAÚL DURÁN ECHANDÍA

Firma Cliente / Representante Legal

Huella Índice 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:							

2. Concepto **02** Actualización

4. Número de formulario

14732882490



(415)7707212489984(8020) 000001473288249 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

8 3 0 0 7 0 1 9 2

6

Impuestos de Bogotá

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona jurídica

25. Tipo de documento

1

26. Número de identificación

27. Fecha expedición

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

UCIPHARMA S.A.

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

TV 23 93 23

42. Correo electrónico

sofia.vargas@grupoamarey.com

43. Código postal

6 7 6 3 0

44. Teléfono 1

7 4 4 7 3 0 0

45. Teléfono 2

6 4 6 1 0 4 6

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

47. Fecha inicio actividad

4 6 5 9

2 0 0 0 0 4 1 3

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

4 6 4 5

2 0 0 0 0 4 1 3

Otras actividades

50. Código

1 2

3 3 1 3 8 6 9 9

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 5 7 8 9 1 0 1 4 1 5 1 6 4 2 4 8 5 2

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

16- Obligación facturar por ingresos bienes

07- Retención en la fuente a título de renta

42- Obligado a llevar contabilidad

08- Retención timbre nacional

48- Impuesto sobre las ventas - IVA

09- Retención en la fuente en el impuesto

52- Facturador electrónico

10- Obligado aduanero

14- Informante de exogenea

15- Autorretenedor

Obligados aduaneros

Exportadores

54. Código 2 3 2 2 3 7

55. Forma 3 56. Tipo 1 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

2021 - 01 - 22 / 11 : 14 : 45

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 2015

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre LIZARAZO LIZARAZO ESTEBAN

985. Cargo Representante legal Certificado

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14732882490



(415)7707212489984(8020) 000001473288249 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

8 3 0 0 7 0 1 9 2

6. DV

6

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza

2

63. Formas asociativas

3

65. Fondos

66. Cooperativas

68. Sin personería jurídica

69. Otras organizaciones no clasificadas

64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados
67. Sociedades y organismos extranjeros
70. Beneficio

1

Constitución, Registro y Última Reforma

Composición del Capital

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 5	0 5
72. Número	6 1 3	2 3 8 9
73. Fecha	2 0 0 0 0 4 0 5	2 0 1 2 0 8 1 7
74. Número de notaría	2 2	1 8
75. Entidad de registro	0 3	0 3
76. Fecha de registro	2 0 0 0 0 4 1 3	2 0 1 2 0 8 2 8
77. No. Matrícula mercantil	1 0 0 7 8 5 8	1 0 0 7 8 5 8
78. Departamento	1 1	1 1
79. Ciudad/Municipio	0 0 1	4
Vigencia		
80. Desde	2 0 0 0 0 4 0 5	2 0 0 3 1 0 1 0
81. Hasta	2 0 4 0 0 4 0 5	2 0 5 0 0 4 0 5

82. Nacional	1 0 0 %
83. Nacional público	0 0 %
84. Nacional privado	1 0 0 0 %
85. Extranjero	0 %
86. Extranjero público	0 0 %
87. Extranjero privado	0 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)	92. DV
1	7 9	2 0 1 5 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
2	REYNA ROMERO & CIA S EN C	8 0 0 2 4 9 5 4 2	2
97. Nombre o razón social de la matriz o controlante			
AMAYA REYNA Y CIA S EN C			
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			

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14732882490



(415)7707212489984(8020) 000001473288249 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

8 3 0 0 7 0 1 9 2

6. DV

12. Dirección seccional
Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

Representación

98. Representación REPRS LEGAL PRIN		99. Fecha inicio ejercicio representación 2 0 1 6, 0 3, 1 7	
100. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía	101. Número de identificación 7 2 2 5 7 9 5 5	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
104. Primer apellido LIZARAZO	105. Segundo apellido LIZARAZO	106. Primer nombre ESTEBAN	107. Otros nombres
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal	
98. Representación REPRS LEGAL SUPL		99. Fecha inicio ejercicio representación 2 0 1 6, 0 3, 1 7	
100. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía	101. Número de identificación 4 1 6 0 9 3 5 7	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
104. Primer apellido REYNA	105. Segundo apellido ROMERO	106. Primer nombre MARIA	107. Otros nombres ELENA
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal	
98. Representación REPRS LEGAL SUPL		99. Fecha inicio ejercicio representación 2 0 1 8, 0 3, 1 5	
100. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía	101. Número de identificación 1 9 4 2 5 7 4 1	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
104. Primer apellido DURAN	105. Segundo apellido ECHANBIA	106. Primer nombre JOSE	107. Otros nombres RAUL
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal	
98. Representación REPRS LEGAL SUPL		99. Fecha inicio ejercicio representación 2 0 1 6, 1 1, 0 1	
100. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía	101. Número de identificación 7 9 1 4 6 2 7 7	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
104. Primer apellido PRIETO	105. Segundo apellido MARTINEZ	106. Primer nombre RODRIGO	107. Otros nombres MANUEL
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal PINILLA GONZALEZ & PRIETO ABOGADOS LIMITADA	
98. Representación REPRESENTANTE ADUANERO		99. Fecha inicio ejercicio representación 2 0 1 6, 0 2, 2 2	
100. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía	101. Número de identificación 7 2 2 5 7 9 5 5	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
104. Primer apellido LIZARAZO	105. Segundo apellido LIZARAZO	106. Primer nombre ESTEBAN	107. Otros nombres
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal	

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14732882490



(415)7707212489984(8020) 000001473288249 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

8 3 0 0 7 0 1 9 2 6

Impuestos de Bogotá

3 2

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

111. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3	112. Número de identificación 1 1 8 1 9 5	113. DV 1	114. Nacionalidad COLOMBIA	1 6 9
115. Primer apellido AMAYA	116. Segundo apellido GALARZA	117. Primer nombre OCTAVIO	118. Otros nombres	
119. Razón social				
120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso 2 0 0 6 0 4 1 9	123. Fecha de retiro	
111. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3	112. Número de identificación 4 1 6 0 9 3 5 7	113. DV 4	114. Nacionalidad COLOMBIA	1 6 9
115. Primer apellido REYNA	116. Segundo apellido ROMERO	117. Primer nombre MARIA	118. Otros nombres HELENA	
119. Razón social				
120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso 2 0 0 6 0 4 1 9	123. Fecha de retiro	
111. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3	112. Número de identificación 1 9 4 2 5 7 4 1	113. DV 1	114. Nacionalidad COLOMBIA	1 6 9
115. Primer apellido DURAN	116. Segundo apellido ECHANDE	117. Primer nombre JOSE	118. Otros nombres RAUL	
119. Razón social				
120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso 2 0 1 6 0 7 2 9	123. Fecha de retiro	
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	
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	

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14732882490



(415)7707212489984(8020) 000001473288249 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

8 3 0 0 7 0 1 9 2

6. DV

6

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal

124. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía	125. Número de identificación 1 3	126. DV 5	127. Número de tarjeta profesional 2 0 0 9 1 5 5	128. DV 4	129. Número de tarjeta profesional 8 1 6 6 T
128. Primer apellido RODRIGUEZ	129. Segundo apellido CADENA	130. Primer nombre JANNETH	131. Otros nombres		
132. Número de Identificación Tributaria (NIT) 9 0 0 7 0 9 0 4 9	133. DV 1	134. Sociedad o firma designada QSC HIGH PERFORMANCE TEAM SAS			
135. Fecha de nombramiento 2 0 1 4 0 7 2 9					

Revisor fiscal suplente

136. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía	137. Número de identificación 1 3	138. DV 1	139. Número de tarjeta profesional 3 0 6 8 9 1 8	140. DV 1	141. Número de tarjeta profesional 5 9 5 6 4 T
140. Primer apellido ORDÓÑEZ	141. Segundo apellido ORDÓÑEZ	142. Primer nombre WILLIAM	143. Otros nombres		
144. Número de Identificación Tributaria (NIT) 9 0 0 7 0 9 0 4 9	145. DV 1	146. Sociedad o firma designada QSC HIGH PERFORMANCE TEAM SAS			
147. Fecha de nombramiento 2 0 1 9 1 1 1 9					

Contador

148. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía	149. Número de identificación 1 3	150. DV 5	151. Número de tarjeta profesional 2 7 0 5 8 3 1	152. DV 1	153. Número de tarjeta profesional 1 1 1 9 6 7
152. Primer apellido VARGAS	153. Segundo apellido GONZÁLEZ	154. Primer nombre MYRIAM	155. Otros nombres SOFIA		
156. Número de Identificación Tributaria (NIT) 2 0 1 6 0 1 0 1	157. DV 1	158. Sociedad o firma designada			
159. Fecha de nombramiento 2 0 1 6 0 1 0 1					

REPORTE

Nombre	Ucipharma s.a.
Número de identificación	830070192-6
Alias	
Fecha de reporte	Viernes 05 de Marzo del 2021, 9:10 am
Estado consulta	No reportado
País	Colombia
Jurisdicción	-
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%	0%
Canal	5%	5%
Actividad	20%	20%
Producto	5%	5%
Origen de recursos	20%	8%
PERFIL DE RIESGO		38%
		62%

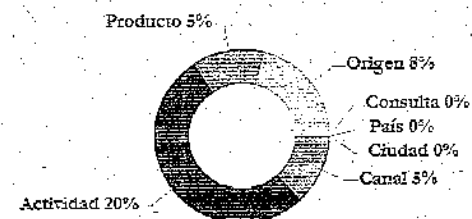
SEÑALES DE ALERTA

Sospechosa Inusual Intentada

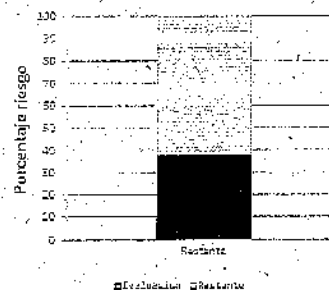
OBSERVACIONES:

Sin observaciones

Firma



Consulta 0% País 0% Ciudad 0% Canal 5% Actividades 20% Producto 5% Origen 8%



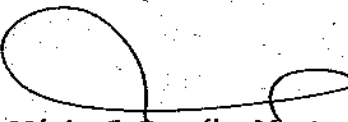
VERIFICACIÓN SARLAFT

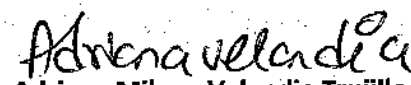
OBJETO: SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS DE ACUERDO CON LA DESCRIPCIÓN DEL ANEXO TÉCNICO, CON EL APOYO TECNOLÓGICO REQUERIDO, EN CADA UNA DE LAS UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD QUE CONFORMAN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

CP-003-2021

Bogotá, D.C., Marzo de 2021

CRITERIOS A EVALUAR	PROPONENTE
	TECNOLOGÍAS MÉDICAS COLOMBIA S.A.S.
CONDICIONES	NIT: 900448208-3
	CONDICIÓN
	SI/NO
1. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Jurídica, en cumplimiento de lo establecido	SI
2. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Natural, Representante Legal, en cumplimiento de lo establecido en la Circular Externa N° 009 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud. NOTA 3: El formato SARLAFT presentado en la propuesta debe ir en formato PDF con firma y huella dactilar del representante legal, sin modificar la estructura del mismo.	N/A
CRITERIO	HABILITADO


Mónica E. González Montes
Oficial de Cumplimiento


Adriana Milena Velandia Trujillo
Técnico Administrativo II

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

FECHA:	2021-02-24	CIUDAD:	BOGOTÁ	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA
---------------	-------------------	----------------	---------------	----------------------	---------------------

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, 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 Políticas 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	☒ PROVEEDOR	☐ CONTRATISTA	☐ PARTICULAR	☐ OTRO	CUAL:
-------------------------------------	---	--------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------	--------------

I. DATOS DE LA PERSONA JURIDICA

RAZON SOCIAL:	TECNOLOGÍAS MÉDICAS COLOMBIA SAS			NIT:	900.448.208 - 3
REPRESENTANTE LEGAL:	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	NOMBRES:		
	NÚÑEZ	CASTRO	ADRIANA MARÍA		
CEDULA DE CIUDADANÍA	☐	NUMERO:	LUGAR DE EXPEDICION	FECHA EXPEDICION AAAA/MM/DD	
CEDULA DE EXTRANJERÍA	☒	715.104	BOGOTÁ	13/08/2019	
FECHA NACIMIENTO AAAA/MM/DD	LUGAR NACIMIENTO:	DEPARTAMENTO:	NACIONALIDAD (1):	NACIONALIDAD (2):	
18_07_1091	VENEZUELA	VENZUELA	VENEZOLANA		
DIRECCION DOMICILIO PRINCIPAL:	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX	
CARRERA 19 No. 82 - 85 Ofc 302	BOGOTÁ	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	508 21 22	
CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:			PORTAL/PAGINA INTERNET:		
licitaciones@tm-colombia.com			www.tm-colombia.com		
DIRECCION SUCURSAL/AGENCIA:	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX	
NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	

TIPO DE EMPRESA:	ACTIVIDAD ECONOMICA:				
☐ PUBLICA ☐ MIXTA ☒ PRIVADA ☐ EXTRANJERA	☐ INDUSTRIAL ☒ COMERCIAL ☐ ASEGURADOR ☐ SERVICIOS	☐ AGRICOLA ☐ FARMACEUTICA ☐ TRANSPORTES	☐ SERVICIOS DE SALUD ☐ SERVICIOS FINANCIEROS ☐ OTRA.	CUAL:	
		<div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 40px; margin: 5px;"></div>			
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	RENTA/CREE	IVA	LCA	CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
	☒ SI ☐ NO	☒ SI ☐ NO	☒ SI ☐ NO	4659 PRINCIPAL	7730 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 MÁS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIPACION

NOMBRE COMPLETO O RAZON SOCIAL (DE REQUERIR UTILICE ANEXO)	% PARTICIPACION	TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION
NOVA SOLUTIONS LTD	100.00%	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☒	ID 1636177
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	

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

INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	2.193.297.446	ACTIVOS TOTALES	28.191.406.142
INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	333.319.445	PASIVOS TOTALES	18.557.311.992
EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	2.046.423.758	PATRIMONIO	9.634.094.150
EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	95.147.729		
CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES:	INTERESES, DIFERENCIA EN CAMBIO, RECUPERACIONES Y DIVERSOS		
CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES:	GASTOS BANCARIOS, INTERESES, DIFERENCIA EN CAMBIO, DONACIONES		

V. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA:

SI ☒ NO ☐

IMPORTACIONES ☒	EXPORTACIONES ☐	INVERSIONES ☐
OPERACIONES DE REDESCUENTO ☐	LEASING ☐	TRANSFERENCIAS ☐
PRESTAMOS MODENA EXTRANJERA ☐	PAGOS SERVICIOS ☐	OTRAS ☐

Especifique cual:

TIPO PRODUCTO	Nº DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO OPERACIÓN	CIUDAD	PAIS	MONEDA
CTA DE COMPENSACIÓN	102053958	BANCO ITAU		PANAMÁ	PANAMÁ	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):

VENTA, DISTRIBUCIÓN Y COMERCIALIZACIÓN DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICO-QUIRÚRGICO

2. Las actividades realizadas por la Empresa se efectúan dentro del Marco Legal. Los recursos que posee NO provienen de actividades ilícitas de conformidad con el Código Penal Colombiano.
3. La información suministrada en este formulario es veraz y verificable, y me obligo a actualizarla cuando así se requiera.
4. Clausula 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 financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

VII. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1. Original Certificado de Existencia y Representación 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 identificación del Representante legal de la Empresa.
4. Fotocopia Declaración 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 estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 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 utilización no requeriría 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 tratan observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón 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:

1. 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 prestación 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 la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite 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 determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder 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) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío 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 finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas 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, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación 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 celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, y a cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

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 harán 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 Nacional de 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 mí.

8. **RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA 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 incluyen en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se comparten, transfieren, transmiten, 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 D.C., Teléfono 7560505 E-mail: dirfinanciera@subredsuroccidente.gov.co y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración 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 términos 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 VERDICA EN TODOS SUS PARTES MENOS EL PRESENTE DOCUMENTO

[Firma manuscrita]

[Huella manuscrita]

Firma Cliente / Representante Legal

Huella Índice 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			

2. Concepto **02** Actualización

4. Número de formulario

14725474109



(415)7707212489984(8020) 0000814725474109

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

9 0 0 4 4 8 2 0 8

5. DV

3

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona jurídica

25. Tipo de documento

1

26. Número de identificación

27. Fecha expedición

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

TECNOLOGÍAS MÉDICAS COLOMBIA S.A.S.

36. Nombre comercial

TECNOLOGÍAS MÉDICAS COLOMBIA S.A.S.

37. Sigla

TM.COLOMBIA S A S

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CR 19 82 85 OF 302

42. Correo electrónico

jcruz@tm-colombia.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

5 0 8 2 1 2 2

45. Teléfono 2

3 1 1 8 6 0 5 0 3 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

47. Fecha inicio actividad

4 6 5 9

2 0 1 3 0 2 0 4

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

7 7 3 0

2 0 1 4 0 1 0 1

Otras actividades

50. Código

1

2

8 2 9 9

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 5 7 9 1 0 1 4 4 2 4 8 5 2

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario 52 - Facturador electrónico

07- Retención en la fuente a título 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

Obligados aduaneros

Exportadores

54. Código 2 3 2 2

55. Forma 1 56. Tipo 1 57. Modo 1 58. CPC 1

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 ☒

60. No. de Folios: 0

61. Fecha 2020 - 11 - 27 / 14 : 02 : 08

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 SOL LOPEZ ALEJANDRO DAVID

985. Cargo Representante Legal/ Suplente Certificado

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14725474109



(415)7707212489984(8020) 0000014725474109

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

9 0 0 4 4 8 2 0 8

6. DV

3

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza

2

63. Formas asociativas

1 2

65. Fondos

66. Cooperativas

68. Sin personería jurídica

69. Otras organizaciones no clasificadas

64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados
67. Sociedades y organismos extranjeros
70. Beneficio

1

Constitución, Registro y Última Reforma

Composición del Capital

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 4	
72. Número		
73. Fecha	2 0 1 1 0 6 2 1	
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro	2 0 1 1 0 7 0 6	
77. No. Matricula mercantil	0 0 0 2 1 1 7 1 8 0	
78. Departamento	1 1	
79. Ciudad/Municipio	0 0 1	
Vigencia		
80. Desde	2 0 1 1 0 6 2 1	
81. Hasta		

82. Nacional	1 0 0 %
83. Nacional público	0 0 %
84. Nacional privado	1 0 0 0 %
85. Extranjero	0 %
86. Extranjero público	0 0 %
87. Extranjero privado	0 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)	92. DV
1	8 0	2 0 1 6 0 6 2 4		
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			

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14725474109



(415)7707212489984(8020) 0000014725474109

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

9 0 0 4 4 8 2 0 8 3

Impuestos de Bogotá

3 2

Representación

98. Representación REPRS LEGAL PRIN		99. Fecha inicio ejercicio representación 2 0 1 1 0 7 0 6	
100. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía	101. Número de identificación 7 9 4 8 8 5 8 6	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
104. Primer apellido NIETO	105. Segundo apellido JARAMILLO	106. Primer nombre LUIS	107. Otros nombres EDUARDO
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal	
98. Representación REPRS LEGAL SUPL		99. Fecha inicio ejercicio representación 2 0 2 0 0 9 0 3	
100. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía	101. Número de identificación 5 1 9 3 9 4 9 3	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
104. Primer apellido CRUZ	105. Segundo apellido PULIDO	106. Primer nombre JEANNETTE	107. Otros nombres EDITH
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal	
98. Representación REPRS LEGAL SUPL		99. Fecha inicio ejercicio representación 2 0 1 8 0 7 1 2	
100. Tipo de documento Cédula de Extranjer	101. Número de identificación 7 1 5 1 0 4	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
104. Primer apellido NUÑEZ	105. Segundo apellido CASTRO	106. Primer nombre ADRIANA	107. Otros nombres MARIA
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal	
98. Representación REPRS LEGAL SUPL		99. Fecha inicio ejercicio representación 2 0 1 9 1 2 1 2	
100. Tipo de documento Cédula de Extranjer	101. Número de identificación 4 5 7 0 5 5	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
104. Primer apellido SOL	105. Segundo apellido LOPEZ	106. Primer nombre ALEJANDRO	107. Otros nombres DAVID
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal	
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	

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14725474109



(415)7707212489984(8020) 000001472547410 9

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

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal	124. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía	125. Número de identificación 1 3 5 1 9 2 1 5 8 5	126. DV 1	127. Número de tarjeta profesional 6 1 3 3 6 T
	128. Primer apellido ARAGON	129. Segundo apellido RUIZ	130. Primer nombre NYDIA	131. Otros nombres LORENA
	132. Número de Identificación Tributaria (NIT)	133. DV	134. Sociedad o firma designada	
	135. Fecha de nombramiento 2 0 1 4 0 2 1 4			
Revisor fiscal suplente	136. Tipo de documento	137. Número de identificación	138. DV	139. Número de tarjeta profesional
	140. Primer apellido	141. Segundo apellido	142. Primer nombre	143. Otros nombres
	144. Número de Identificación Tributaria (NIT)	145. DV	146. Sociedad o firma designada	
	147. Fecha de nombramiento			
Contador	148. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía	149. Número de identificación 1 3 1 9 4 1 3 8 3 6	150. DV 1	151. Número de tarjeta profesional 2 2 4 1 4 T
	152. Primer apellido SALAMANCA	153. Segundo apellido FIGUEROA	154. Primer nombre LUIS	155. Otros nombres JORGE
	156. Número de Identificación Tributaria (NIT)	157. DV	158. Sociedad o firma designada CONSULTORES EN ANALISIS FINANCIERO CONTABILIDAD Y TRIBUTARIA LTDA	
	159. Fecha de nombramiento 2 0 1 2 1 1 1 9			

REPORTE

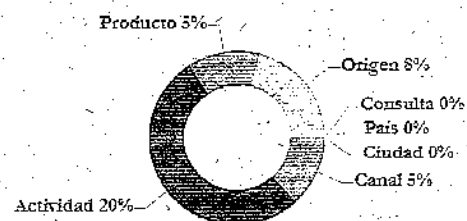
Nombre	Tecnologías médicas colombia s.a.s.
Número de identificación	900448208-3
Alias	
Fecha de reporte	Viernes 05 de Marzo del 2021, 9:22 am
Estado consulta	No reportado
País	Colombia
Jurisdicción	-
Canal	Otros
Origen de recursos	Desarrollo de actividad
Producto	Alto
Lista	No se encontro en ninguna lista
Actividad económica	4659 comercio al por mayor de otros tipos de maquinaria y equipo n.c.p.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

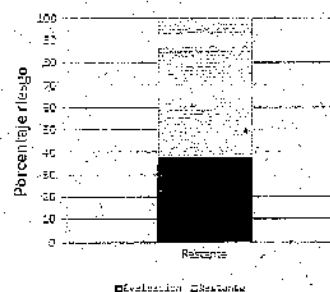
TIPO DE RELACIÓN	INDICADOR PROVEEDOR	RESULTADO
Consulta	0%	0%
País	5%	0%
Jurisdicción	5%	0%
Canal	5%	5%
Actividad	20%	20%
Producto	5%	5%
Origen de recursos	20%	8%
PERFIL DE RIESGO		38%
		62%

SEÑALES DE ALERTA

Sospechosa Inusual Intentada



Consulta 0% País 0% Ciudad 0% Canal 5% Actividad 20% Origen 8% Producto 5%



OBSERVACIONES:

Sin observaciones

Firma

ÁREA PRECONTRACTUAL SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDEN

<http://www.sarlaftcol.com/app/app/webroot/TECNOLOGÍASMÉDICASCOLOMBIAS.A.S..xls>

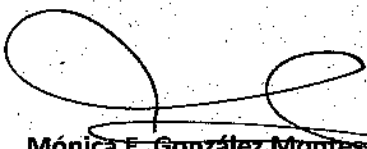
VERIFICACIÓN SARLAFT

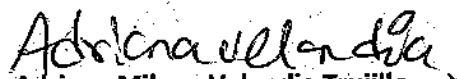
OBJETO: SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS DE ACUERDO CON LA DESCRIPCIÓN DEL ANEXO TÉCNICO, CON EL APOYO TECNOLÓGICO REQUERIDO, EN CADA UNA DE LAS UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD QUE CONFORMAN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

CP-003-2021

Bogotá, D.C., Marzo de 2021

CRITERIOS A EVALUAR	PROPONENTE
	QUIRUMEDICAS LTDA
CONDICIONES	NIT: 860047163-5
	CONDICIÓN
	SI/NO
1. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Jurídica, en cumplimiento de lo establecido	SI
2. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Natural, Representante Legal, en cumplimiento de lo establecido en la Circular Externa N° 009 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud. NOTA 3: El formato SARLAFT presentado en la propuesta debe ir en formato PDF con firma y huella dactilar del representante legal, sin modificar la estructura del mismo.	N/A
CRITERIO	HABILITADO


Mónica E. González Montes
Oficial de Cumplimiento


Adriana Milena Velandia Trujillo
Técnico Administrativo II

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

FECHA: 2021-03-03 **CIUDAD:** BOGOTA D.C. **DEPARTAMENTO:** CUNDINAMARCA

Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, 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 Políticas 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 ☒ PROVEEDOR ☐ CONTRATISTA ☐ PARTICULAR ☐ OTRO **CUAL:**

I. DATOS DE LA PERSONA JURIDICA

RAZON SOCIAL:	QUIRUMEDICAS LTDA			NIT:	860.047.163-5
REPRESENTANTE LEGAL:	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	NOMBRES:		
	GARCIA	LONDOÑO	JOSE NOEL		
CEDULA DE CIUDADANÍA	☒	NÚMERO:	LUGAR DE EXPEDICION	FECHA EXPEDICION AAAA/MM/DD	
CEDULA DE EXTRANJERÍA	☐	2.647.025	SEVILLA	2/08/1961	
FECHA NACIMIENTO AAAA/MM/DD	LUGAR NACIMIENTO:	DEPARTAMENTO:	NACIONALIDAD (1):	NACIONALIDAD (2):	
1940-03-15	ANDALUCIA	VALLE	COLOMBIANO		
DIRECCION DOMICILIO PRINCIPAL:	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX	
CARRERA 49A No. 128A-32	BOGOTA D.C.	CUNDINAMARCA	COLOMBIANO	648 88 88/60/62	
CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:			PORTAL/PAGINA INTERNET:		
VENTAS@QUIRUMEDICAS.COM.CO			WWW.QUIRUMEDICAS.COM		
DIRECCION SUCURSAL/AGENCIA:	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX	

TIPO DE EMPRESA:	ACTIVIDAD ECONOMICA:			
☐ PUBLICA ☐ MIXTA ☒ PRIVADA ☐ EXTRANJERA	☐ INDUSTRIAL ☐ COMERCIAL ☐ ASEGURADOR ☐ SERVICIOS	☐ AGRICOLA ☒ FARMACEUTICA ☐ TRANSPORTES	☐ SERVICIOS DE SALUD ☐ SERVICIOS FINANCIEROS ☐ OTRA	CUAL:
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	RENTA/CRRE	IVA	TCA	CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA
	☒ SI ☐ NO	☒ SI ☐ NO	☒ SI ☐ NO	2100 4645
				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, APOORTE O PARTICIPACION

NOMBRE COMPLETO O RAZON SOCIAL (DE REQUERIR UTILICE ANEXO)	% PARTICIPACION	TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION
JOSE NOEL GARCIA LONDOÑO	70,00%	C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ NI ☐ OTR ☐	2.647.025
ANA VICTORIA PIZARRO PERTUZ	30,00%	C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ NI ☐ OTR ☐	22.671.019
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NI ☐ OTR ☐	
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NI ☐ OTR ☐	

IV. INFORMACION FINANCIERA

INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	2.286.529.571	ACTIVOS TOTALES	47.121.803.196
INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	76.238.212	PASIVOS TOTALES	9.614.105.574
EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	1.948.484.600	PATRIMONIO	37.507.697.622
EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	82.814.689		
CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES:	INVERSIONES, INDEMNIZACIONES, DIFERENCIA EN CAMBIO, ARRENDAMIENTOS		
CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES:	GASTOS BANCARIOS, IMPUESTOS ASUMIDOS, GASTOS FINANCIEROS		

V. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☒ NO ☐

IMPORTACIONES ☒	EXPORTACIONES ☐	INVERSIONES ☐	Especifique cual: <div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 40px;"></div>
OPERACIONES DE REDESCUENTO ☐	LEASING ☐	TRANSFERENCIAS ☐	
PRESTAMOS MONEDA EXTRANJERA ☐	PAGOS SERVICIOS ☐	OTRAS ☐	

TIPO PRODUCTO	Nº DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO OPERACIÓN	CIUDAD	PAIS	MONEDA
CUENTA CORRIENTE	012-09298-7	BANCO DE BOGOTA	202.800USD	HAZIRA	INDIA	DOLARES
CUENTA DE AHORROS	012-10673-8	BANCO DE BOGOTA	85.500USD	SHANGAI	CHINA	DOLARES

VI. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Declaro expresamente que:

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

ACTIVIDAD ECONOMICA E INTERES EN CAMBIO

2. Las actividades realizadas por la Empresa se efectúan dentro del Marco Legal. Los recursos que posee NO provienen de actividades ilícitas de conformidad con el Código 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 información 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 destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

VII. DOCUMENTOS REQUERIDOS

- Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.
 - Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
 - Fotocopia del documento de identificación del Representante legal de la Empresa.
 - Fotocopia Declaración de Renta del último período gravable declarado.
 - Estados Financieros del último período disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.
- APODERADO**
Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.

VIII. AUTORIZACION DE USO DE INFORMACION
CONSIDERACIONES

- 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 estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
- Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 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 utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
- Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratan observando las disposiciones legales vigentes.
- Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón 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 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 prestación 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 la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite 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 determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder 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) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío 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 INFORMACIÓN:** Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas 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, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación 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 celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

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 harán 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 003 de la Superintendencia Nacional de 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 responderlos.

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 mí.

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 incluyen en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se comparten, transfieren, transmiten, entregan o divulgan, 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, Bogotá DC, Teléfono 7560505 E-mail: dirfinanciera@subredsuoccidente.gov.co) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración 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 términos que nos fueron informados en el presente documento.

IX. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACION QUE ME SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO.


JOSE NOEL GARCIA LONDOÑO



Firma Cliente / Representante Legal

Huella Índice 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			

2. Concepto **0 2** Actualización

4. Número de formulario

14730238073



(415)7707212489984(8020) 0000014730238073

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

8 6 0 0 4 7 1 6 3

6. DV

5

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona jurídica

25. Tipo de documento

1

26. Número de identificación

27. Fecha expedición

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

QUIRUMEDICAS LTDA

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CR 49 A 128 A 32 BRR PRADO VERANIEGO

42. Correo electrónico

contabilidad@quirumedicas.com.co

43. Código postal

5 6 4 9 6

44. Teléfono 1

6 4 8 8 8 8 8

45. Teléfono 2

6 4 8 8 8 8 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

2 1 0 0

47. Fecha inicio actividad

2 0 0 3 0 4 0 3

Actividad secundaria

48. Código

4 6 4 5

49. Fecha inicio actividad

1 9 7 6 0 2 1 3

Otras actividades

50. Código

1 2

Ocupación

51. Código

1

52. Número establecimientos

1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 5 7 9 1 0 1 4 4 2 4 8 5 2

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario 52- Facturador electrónico

07- Retención en la fuente a título de renta

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

Obligados aduaneros

54. Código 2 3 2 2

Exportadores

55. Forma 3 56. Tipo 1 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

☐

60. No. de Folios

2

61. Fecha

2021 - 01 - 12 / 07 : 38: 36

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 SANCHEZ MONTOYA LUZ ANGELA

985. Cargo Gestor III

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14730238073



(415)7707212489984(8020) 0000014730238073

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

8 6 0 0 4 7 1 6 3

6. DV

5

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza

2

63. Formas asociativas

1 0

65. Fondos

66. Cooperativas

68. Sin personería jurídica

69. Otras organizaciones no clasificadas

64. Entidades e institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados
67. Sociedades y organismos extranjeros
70. Beneficio

1

Constitución, Registro y Última Reforma

Composición del Capital

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 5	0 5
72. Número	1 9 9	1 9 1 7
73. Fecha	1 9 7 6 0 2 1 3	2 0 1 4 0 5 1 4
74. Número de notaría	1 3	5
75. Entidad de registro	0 3	0 3
76. Fecha de registro	1 9 7 6 0 2 2 4	2 0 1 4 0 5 1 9
77. No. Matricula mercantil	7 1 2 8 3	7 1 2 8 3
78. Departamento	1 1	1 1
79. Ciudad/Municipio	0 0 1	4
Vigencia		
80. Desde	1 9 7 6 0 2 1 3	2 0 1 4 0 5 1 4
81. Hasta	2 0 1 6 0 2 1 3	2 0 3 6 0 2 1 3

82. Nacional	1 0 0 %
83. Nacional público	0 0 %
84. Nacional privado	1 0 0 0 %
85. Extranjero	0 %
86. Extranjero público	0 0 %
87. Extranjero privado	0 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)	92. DV
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			

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14730238073



(415)7707212489984(8020) 0000014730238073

5. Número de identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

8 6 0 0 4 7 1 6 3

5

Impuestos de Bogotá

3 2

Representación

98. Representación REPRS LEGAL PRIN		1 8		99. Fecha inicio ejercicio representación 1 9 9 7 1 2 2 0	
100. Tipo de documento Cédula de Ciudadan	101. Número de identificación 2 6 4 7 0 2 5	102. DV	103. Número de tarjeta profesional		
104. Primer apellido GARCIA	105. Segundo apellido LONDOÑO	106. Primer nombre JOSE	107. Otros nombres NOEL		
108. Número de identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal			
98. Representación REPRS LEGAL SUPL		1 9		99. Fecha inicio ejercicio representación 1 9 9 7 1 2 2 0	
100. Tipo de documento Cédula de Ciudadan	101. Número de identificación 2 2 6 7 1 0 1 9	102. DV	103. Número de tarjeta profesional		
104. Primer apellido PIZARRO	105. Segundo apellido PERTUZ	106. Primer nombre ANA	107. Otros nombres VICTORIA		
108. Número de identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal			
98. Representación REPRS LEGAL SUPL		1 9		99. Fecha inicio ejercicio representación 1 9 9 7 1 2 2 0	
100. Tipo de documento Cédula de Ciudadan	101. Número de identificación 5 1 8 4 2 6 1 7	102. DV	103. Número de tarjeta profesional		
104. Primer apellido GARCIA	105. Segundo apellido PIZARRO	106. Primer nombre ANA	107. Otros nombres SULDERY		
108. Número de identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal			
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			
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			

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14730238073



(415)7707212489984(8020) 000001473023807 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional
Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

8 6 0 0 4 7 1 6 3 5

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

111. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3	112. Número de identificación 2 6 4 7 0 2 5	113. DV 3	114. Nacionalidad COLOMBIA	1 6 9
115. Primer apellido GARCIA	116. Segundo apellido LONDOÑO	117. Primer nombre JOSE	118. Otros nombres NOEL	
119. Razón social				
120. Valor capital del socio 280,215,463.5	121. % Participación 7 0	122. Fecha de ingreso 1 9 7 6 0 2 1 3	123. Fecha de retiro	
111. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3	112. Número de identificación 2 2 6 7 1 0 1 9	113. DV 3	114. Nacionalidad COLOMBIA	1 6 9
115. Primer apellido PIZARRO	116. Segundo apellido PERTUZ	117. Primer nombre ANA	118. Otros nombres VICTORIA	
119. Razón social				
120. Valor capital del socio 120,149,536.5	121. % Participación 3 0	122. Fecha de ingreso 1 9 7 6 0 2 1 3	123. Fecha de retiro	
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	
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	
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	

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14730238073



(415)7707212489984(8020) 000001473023807 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

8 6 0 0 4 7 1 6 3

5

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal

124. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía	125. Número de identificación 1 9 4 4 2 9 4 5	126. DV 1	127. Número de tarjeta profesional 2 8 5 4 3 - T
128. Primer apellido GAITAN	129. Segundo apellido GARCIA	130. Primer nombre CARLOS	131. Otros nombres ALBERTO
132. Número de Identificación Tributaria (NIT)	133. DV	134. Sociedad o firma designada	
135. Fecha de nombramiento 1 9 9 3 0 2 2 6			

Revisor fiscal suplente

136. Tipo de documento	137. Número de identificación	138. DV	139. Número de tarjeta profesional
140. Primer apellido	141. Segundo apellido	142. Primer nombre	143. Otros nombres
144. Número de Identificación Tributaria (NIT)	145. DV	146. Sociedad o firma designada	
147. Fecha de nombramiento			

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			

REPORTE

Nombre	Quirumedicas Ltda
Número de identificación	860047163-5
Alias	
Fecha de reporte	Viernes 05 de Marzo del 2021, 9:42 am
Estado consulta	No reportado
País	Colombia
Jurisdicción	-
Canal	Otros
Origen de recursos	Desarrollo de actividad
Producto	Alto
Lista	No se encontro en ninguna lista
Actividad económica	2100 fabricación de productos farmacéuticos, sustancias químicas medicinales y productos botánicos de uso farmacéutico.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

TIPO DE RELACIÓN	INDICADOR PROVEEDOR	RESULTADO
Consulta	0%	0%
País	5%	0%
Jurisdicción	5%	0%
Canal	5%	5%
Actividad	20%	20%
Producto	5%	5%
Origen de recursos	20%	8%
PERFIL DE RIESGO		38%
		62%

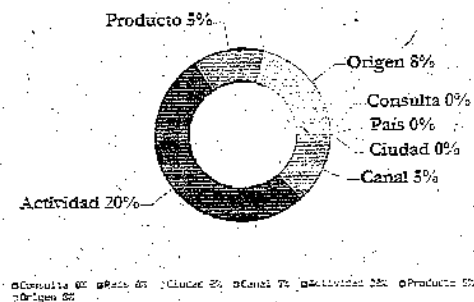
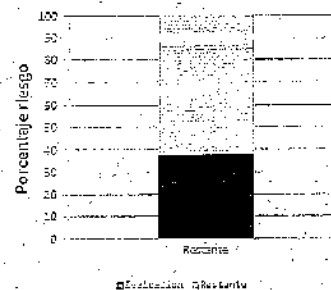
SEÑALES DE ALERTA

Sospechosa	Inusual	Intentada
------------	---------	-----------

OBSERVACIONES:

Sin observaciones

Firma



VERIFICACIÓN SARLAFT

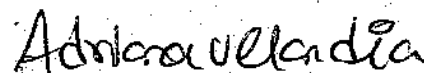
OBJETO: SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS DE ACUERDO CON LA DESCRIPCIÓN DEL ANEXO TÉCNICO, CON EL APOYO TECNOLÓGICO REQUERIDO, EN CADA UNA DE LAS UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD QUE CONFORMAN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

CP-003-2021

Bogotá, D.C., Marzo de 2021

CRITERIOS A EVALUAR	PROPONENTE
	LABORATORIOS GOTHAPLAST LTDA
CONDICIONES	NIT: 830061856-1
	CONDICIÓN
	SI/NO
1. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Jurídica, en cumplimiento de lo establecido	SI
2. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Natural, Representante Legal, en cumplimiento de lo establecido en la Circular Externa N° 009 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud. NOTA 3: El formato SARLAFT presentado en la propuesta debe ir en formato PDF con firma y huella dactilar del representante legal, sin modificar la estructura del mismo.	N/A
CRITERIO	HABILITADO


Mónica E. González Montes
Oficial de Cumplimiento


Adriana Milena Velandia Trujillo
Técnico Administrativo II

SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARLAFT*

FECHA: 01/03/2021 **CIUDAD:** BOGOTÁ **DEPARTAMENTO:** CUNDINAMARCA
 Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE, como entidad sujeta al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad emisoras dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN LA EMPRESA (MARCA CON X)

☐ ASEGURADOR ☒ PROVEEDOR ☐ CONTRATISTA ☐ PARTICULAR ☐ OTRO **CDAL:**

I. DATOS DE LA PERSONA JURÍDICA

RAZÓN SOCIAL: LABORATORIOS GOTHAPLAST LTDA **NIT:** 830.061.856-1

REPRESENTANTE LEGAL: **PRIMER APELLIDO:** ORTEGA **SEGUNDO APELLIDO:** ZAMORANO **NOMBRE:** CARLOS RAFAEL

CEDULA DE CIUDADANÍA: ☒ **NUMERO:** **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** **FECHA EXPEDICIÓN:** AAAA/MM/DD

CEDULA DE EXTRANJERÍA: ☐ **79.522.747** **BOGOTÁ D.C.** **28/11/1988**

FECHA NACIMIENTO: AAAA/MM/DD **LUGAR NACIMIENTO:** **DEPARTAMENTO:** **NACIONALIDAD (I):** **NACIONALIDAD (C):**

14/06/1970 **BOGOTÁ D.C.** **CUNDINAMARCA** **COLOMBIANO**

DIRECCIÓN DOMICILIO PRINCIPAL: **CIUDAD:** **DEPARTAMENTO:** **PAÍS:** **TELÉFONO/FAX:**
CARRERA 72 A No 70-17 **BOGOTÁ D.C.** **CUNDINAMARCA** **COLOMBIA** **2248910**

CORREO ELECTRÓNICO DE CONTACTO: **PORTAL/PAGINA INTERNET:**

fcepeda@labgothaplast.com.co **WWW.LABGOTHAPLAST.COM.CO**

DIRECCIÓN SECTORIAL/AGENCIA: **CIUDAD:** **DEPARTAMENTO:** **PAÍS:** **TELÉFONO/FAX:**
N/A **N/A** **N/A** **N/A** **N/A**

TIPO DE EMPRESA: **ACTIVIDAD ECONÓMICA:**

☐ PÚBLICA ☐ INDUSTRIAL ☐ AGRÍCOLA ☒ SERVICIOS DE SALUD
☐ MIXTA ☒ COMERCIAL ☐ FARMACÉUTICA ☐ SERVICIOS FINANCIEROS
☒ PRIVADA ☐ ASEGURADOR ☐ TRANSPORTES ☐ OTRA
☐ EXTRANJERA ☐ SERVICIOS

CUAL:

INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE: **RENTA/CREE:** ☒ **IVA:** ☒ **ICA:** ☒ **CÓDIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONÓMICA:** **3250**

GRAN CONTRIBUYENTE: **SI** ☐ **NO** ☒ **AGENTE RETENEDOR:** **SI** ☒ **NO** ☐ **AGENTE AUTORETENEDOR:** **SI** ☐ **NO** ☒

II. DECLARACIÓN PERSONA PÚBLICAMENTE EXPUESTA (PEPE)

POR SU CARGO O ACTIVIDAD ADMINISTRA O TIENE A SU CARGO EL MANEJO DE RECURSOS PÚBLICOS **SI** ☐ **NO** ☒
 POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUN GRADO O TIPO DE PODER PÚBLICO **SI** ☐ **NO** ☒
 POR SU ACTIVIDAD, OCUPACIÓN U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL **SI** ☐ **NO** ☒
 ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS DIFERENTE A COLOMBIA **SI** ☐ **NO** ☒

Si contestó afirmativamente alguna de las anteriores preguntas, por favor, especifique:

III. IDENTIFICACIÓN DE ACCIONISTAS, SOCIOS, ASOCIADOS QUE SEAN TITULARES DE MÁS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APOORTE O PARTICIPACIÓN

NOMBRE COMPLETO O RAZÓN SOCIAL (DE REQUERIR UTILICE ANEXO)	% PARTICIPACIÓN	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACIÓN
RAFAEL EDUARDO ORTEGA SILVA	30%	C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	17.122.647
PATRICIA ZAMORANO DE ORTEGA	28%	C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	51.577.981
CARLOS RAFAEL ORTEGA ZAMORANO	21%	C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	79.522.747
NATALIA PATRICIA ORTEGA ZAMORANO	21%	C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	52.155.749

IV. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	1.747.818.030	ACTIVOS TOTALES	15.112.794.222
INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	4.920.767	PASIVOS TOTALES	8.770.696.083

EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	1.465.826.013	PATRIMONIO	13.657.901.861
EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	10.669.813		
CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES:		DIFERENCIA EN CAMBIO	
CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES:		DIFERENCIA EN CAMBIO	

V. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES			
REALIZA TRANSACCIONES CON EMPRESA EXTRANJERA:			
SI	☒	NO	☐
IMPORTACIONES	☒	EXPORTACIONES	☐
OPERACIONES DE REDESCUENTO	☐	INVERSIONES	☐
PRESTAMOS MODENA EXTRANJERA	☐	LEASING	☐
		TRASFERENCIAS	☐
		PAGOS SERVICIOS	☐
		OTRAS	☐
Especifique cual:			

TIPO PRODUCTO	Nº DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO OPERACIÓN	CUBAN	PAIS	MONEDA
ENCARGO	2003001772	ALIANZA	US 639.514	FLORID	EE.UU	DOLAR
FIDUCIARIO		FIDUCIARIA		A,NING		EUROS

VI. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS/FONDOS			
BO, MU, PORT, RO, UGAL, CHIN			

Declaro expresamente que:
1. Los recursos que posee la Empresa provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupacion, oficio, actividad o negocio):
FABRICACION Y COMERCIALIZACION DE DISPOSITIVOS MEDICOS QUIRURGICOS

2. Las actividades realizadas por la Empresa, se efectúan dentro del Marco Legal. Los recursos que posee NO provienen de actividades ilícitas de conformidad con el Código Penal Colombiano.
3. La información suministrada en este formulario es veraz y verificable, y me obliga a actualizarla cuando así lo requiera.
4. Citaré para apoderados: Certificado que toda la información suministrada y de la cual no soy titular ha sido obtenida de acuerdo con los parámetros establecidos legalmente.
5. Los recursos que se derivan del desarrollo de este contrato NO se destinaron a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

VII. DOCUMENTOS REQUERIDOS	
1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.	
2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.	
3. Fotocopia del documento de identificación del Representante legal de la Empresa.	
4. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado.	
5. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.	
APODERADO	
Adjunto poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.	

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 estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.	
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidas 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 la financiación del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría 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 manejan observando las disposiciones legales vigentes.	
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razones por la cual procedo a emitir la siguiente:	

AUTORIZACION	
Para efectos de la presente autorización, entiendo 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, constituida ilícita e indistintamente por la misma Entidad antes mencionada.	

Declaro expresamente:
I. Que para efectos de acceder a la información y/o propiedad de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente facultadas, suministramos nuestros datos para todos los fines preventivos y comerciales que comprende las actividades de prestación 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 la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como contratista, 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 determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos; c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre; d) El control y la prevención del riesgo; e) La liquidación y pago de cuentas; f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados; g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud; h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticos, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general, estudios técnicos del sector salud; i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y métricas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud; j) Realización de estudios sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud; k) Envío de información de Sujeto 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 regulaciones 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 dicha 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 finalidad mencionada a: a) Las personas jurídicas 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 derivadas de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos; c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación 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, adelanten gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros; e) A la URAF, Favecolfa, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de datos para efectos de la prevención y control de riesgos, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.
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 hacen 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 Constitución Política de Colombia y Circular Sistema 009 de la Superintendencia Nacional de 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 he sido obligado a responderlas.

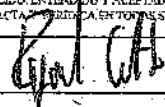
7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: Que como titular de la información, nos ejerce los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

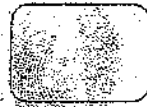
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. y las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se comparecen, transfieren, transmiten, otorgan o divulgan, en cumplimiento de lo previsto en el literal a) del numeral 3 anterior, son: a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (**Calle 2 No 37-46, Bogotá DC, Teléfono 7569395 E-mail: atencionalcliente@subredsuroccidente.gov.co**) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración 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 asociados, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por los parámetros, para las finalidades y en las técnicas que nos fueron informados en el presente documento.

EC. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO
 ES EXACTA Y VERDADERA EN TODOS SUS PUNTOS Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO





Firma Cliente / Representante Legal

Huella Índice 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							

2. Concepto **02** Actualización

4. Número de formulario

14745125396



(415)707212489984(8020) 000001474512539 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional
Impuestos de Bogotá

13. Buzón electrónico

8 3 0 0 6 1 8 5 6 1

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona jurídica

25. Tipo de documento

1

26. Número de identificación

27. Fecha expedición

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

LABORATORIOS GOTHAPLAST LTDA.

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CR 72 A 70 17

42. Correo electrónico

nortega@labgothaplast.com.co

43. Código postal

44. Teléfono 1

2 2 4 8 9 3 0

45. Teléfono 2

3 1 8 3 5 1 3 9 0 9

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

50. Código

1. 2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

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

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

2 1 0 0 | 4 6 4 5

1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 5 7 8 9 1 0 1 4 4 2 4 8 5 2

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario 48- Impuesto sobre las ventas - IVA

07- Retención en la fuente a título de renta 52- Facturador electrónico

08- Retención timbre nacional

09- Retención en la fuente en el impuesto

10- Obligado aduanero

14- Informante de exógena

42- Obligado a llevar contabilidad

Obligados aduaneros

Exportadores

54. Código 2 2 2 3

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

1

1

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

☐

60. No. de Folios

4

61. Fecha

2021 - 03 - 03 / 10 : 22: 33

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 PIÑEROS GUTIERREZ MARTHA GLADYS

985. Cargo Gestor III

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14745125396



(415)770721248984(8020) 000001474512539 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

8 3 0 0 6 1 8 5 6

6. DV

1

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza

2

63. Formas asociativas

1 0

64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados

67. Sociedades y organismos extranjeros

70. Beneficio

1

65. Fondos

66. Cooperativas

68. Sin personería jurídica

69. Otras organizaciones no clasificadas

Constitución, Registro y Última Reforma

Composición del Capital

Documento

1. Constitución

2. Reforma

71. Clase

0 5

0 5

72. Número

1 5 7 4

2 1 1 6

73. Fecha

1 9 9 9 0 8 2 4

2 0 0 4 1 2 1 3

74. Número de notaría

3 9

3 9

75. Entidad de registro

0 3

0 3

76. Fecha de registro

1 9 9 9 0 9 0 6

2 0 0 2 0 1 2 5

77. No. Matrícula mercantil

0 0 9 6 5 9 2 2

0 0 9 6 5 9 2 2

78. Departamento

1 1

1 1

79. Ciudad/Municipio

0 0 1

0 0 1

82. Nacional 1 0 0 %

83. Nacional público 0 0 %

84. Nacional privado 1 0 0 0 %

85. Extranjero 0 %

86. Extranjero público 0 0 %

87. Extranjero privado 0 0 %

Vigencia

80. Desde

1 9 9 9 0 8 2 4

2 0 0 1 1 2 1 3

81. Hasta

2 0 1 9 0 8 2 4

2 0 1 9 0 8 2 4

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)

92. DV

1 8 0

2 0 1 5 1 2 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

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14745125396



(415)7707212489884(9020) 000001474512539 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

8 3 0 0 6 1 8 5 6 1

Impuestos de Bogotá

3 2

Representación

98. Representación REPRS LEGAL PRIN		99. Fecha inicio ejercicio representación: 1 9 9 9 0 9 0 6	
100. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía	101. Número de identificación 1 7 1 2 2 6 4 7	102. DV 1	103. Número de tarjeta profesional
104. Primer apellido ORTEGA	105. Segundo apellido SILVA	106. Primer nombre RAFAEL	107. Otros nombres EDUARDO
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal	
98. Representación REPRS LEGAL SUPL		99. Fecha inicio ejercicio representación: 1 9 9 9 0 9 0 6	
100. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía	101. Número de identificación 7 9 5 2 2 7 4 7	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
104. Primer apellido ORTEGA	105. Segundo apellido ZAMORANO	106. Primer nombre CARLOS	107. Otros nombres RAFAEL
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal	
98. Representación REPRS LEGAL SUPL		99. Fecha inicio ejercicio representación: 1 9 9 9 0 9 0 6	
100. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía	101. Número de identificación 5 2 1 5 5 7 4 9	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
104. Primer apellido ORTEGA	105. Segundo apellido ZAMORANO	106. Primer nombre NATALIA	107. Otros nombres PATRICIA
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal	
98. Representación REPRS LEGAL SUPL		99. Fecha inicio ejercicio representación: 1 9 9 9 0 9 0 6	
100. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía	101. Número de identificación 5 1 5 7 7 9 8 1	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
104. Primer apellido ZAMORANO	105. Segundo apellido DE ORTEGA	106. Primer nombre CARMEN	107. Otros nombres PATRICIA
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal	
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	

Espacio reservado para la DIAN.



4. Número de formulario

14745125396



(415)7707212489984(8020) 000001474512539 6

5. Número de identificación Tributaria (NIT) 8 3 0 0 6 1 8 5 6 1 6. DV 12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá 14. Buzón electrónico 3 2 1

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

111. Tipo de documento Cédula de Ciudadana 1 3	112. Número de identificación 1 7 1 2 2 6 4 7	113. DV	114. Nacionalidad COLOMBIA	1 6 9
115. Primer apellido ORTEGA	116. Segundo apellido SILVA	117. Primer nombre RAFAEL	118. Otros nombres EDUARDO	
119. Razón social				
120. Valor capital del socio 98,000,000	121. % Participación 4 0 . 8 3	122. Fecha de ingreso 1 9 9 9 0 8 2 4	123. Fecha de retiro	
111. Tipo de documento Cédula de Ciudadana 1 3	112. Número de identificación 5 1 5 7 7 9 8 1	113. DV	114. Nacionalidad COLOMBIA	1 6 9
115. Primer apellido ZAMORANO	116. Segundo apellido DE ORTEGA	117. Primer nombre CARMEN	118. Otros nombres PATRICIA	
119. Razón social				
120. Valor capital del socio 70,000,000	121. % Participación 2 9 . 1 6	122. Fecha de ingreso 1 9 9 9 0 8 2 4	123. Fecha de retiro	
111. Tipo de documento Cédula de Ciudadana 1 3	112. Número de identificación 5 2 1 5 5 7 4 9	113. DV	114. Nacionalidad COLOMBIA	1 6 9
115. Primer apellido ORTEGA	116. Segundo apellido ZAMORANO	117. Primer nombre NATALIA	118. Otros nombres PATRICIA	
119. Razón social				
120. Valor capital del socio 36,000,000	121. % Participación 1 5	122. Fecha de ingreso 1 9 9 9 0 8 2 4	123. Fecha de retiro	
111. Tipo de documento Cédula de Ciudadana 1 3	112. Número de identificación 7 9 5 2 2 7 4 7	113. DV	114. Nacionalidad COLOMBIA	1 6 9
115. Primer apellido ORTEGA	116. Segundo apellido ZAMORANO	117. Primer nombre CARLOS	118. Otros nombres RAFAEL	
119. Razón social				
120. Valor capital del socio 36,000,000	121. % Participación 1 5	122. Fecha de ingreso 1 9 9 9 0 8 2 4	123. Fecha de retiro	
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	

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14745125396



(415)7707212489984(8020) 000001474512539 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

8 3 0 0 6 1 8 5 6 1

6. DV

1

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

11. Buzón electrónico

3 2

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal

124. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía	125. Número de identificación 3 9 5 7 7 1 3 1	126. DV 1	127. Número de tarjeta profesional 1 1 9 8 0 3
128. Primer apellido GIRALDO	129. Segundo apellido ALZATE	130. Primer nombre ALEJANDRA	131. Otros nombres MARIA
132. Número de Identificación Tributaria (NIT) 9 0 0 4 2 5 7 8 7	133. DV 7	134. Sociedad o firma designada AUDITORIA & GESTION FISCAL S.A.S.	
135. Fecha de nombramiento 2 0 2 1 0 2 0 6			

Revisor fiscal suplente

136. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía	137. Número de identificación 1 0 2 2 4 1 1 3 1 8	138. DV 1	139. Número de tarjeta profesional 2 6 3 8 9 9
140. Primer apellido ALBA	141. Segundo apellido CAICEDO	142. Primer nombre DIANA	143. Otros nombres CAROLINA
144. Número de Identificación Tributaria (NIT) 9 0 0 4 2 5 7 8 7	145. DV 7	146. Sociedad o firma designada AUDITORIA & GESTION FISCAL S.A.S.	
147. Fecha de nombramiento 2 0 2 1 0 2 0 6			

Contador

148. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía	149. Número de identificación 1 0 1 8 4 1 3 8 7 3	150. DV 1	151. Número de tarjeta profesional 2 5 6 6 0 7 T
152. Primer apellido GARCES	153. Segundo apellido AREVALO	154. Primer nombre BAYRON	155. Otros nombres EFFREDER
156. Número de Identificación Tributaria (NIT) 2 0 1 9 0 4 1 2	157. DV 2	158. Sociedad o firma designada	
159. Fecha de nombramiento 2 0 1 9 0 4 1 2			

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14745125396



(415)7707212489984(8020) 000001474512539 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

13. Buzón electrónico

8 3 0 0 6 1 8 5 6 1

Impuestos de Bogotá

3 2

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

160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comerci 0 2	161. Actividad económica Mantenimiento y reparación especializado de productos elaborados en meta 3 3 1 1
162. Nombre del establecimiento LABORATORIOS GOTHAPLAST LTDA	
163. Departamento Bogotá D.C. 1 1	164. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. 0 0 1
165. Dirección CR 72 A 70 17	
166. Número de matrícula mercantil 0 0 9 6 5 9 9 1	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 0 4 0 3 1 2
168. Teléfono 2 2 4 8 9 3 0	169. Fecha de cierre
160. Tipo de establecimiento	
161. Actividad económica	
162. Nombre del establecimiento	
163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
165. Dirección	
166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	169. Fecha de cierre
160. Tipo de establecimiento	
161. Actividad económica	
162. Nombre del establecimiento	
163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
165. Dirección	
166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	169. Fecha de cierre

REPORTE

Nombre	Laboratorios gothaplast Ltda
Número de identificación	830061856-1
Alias	
Fecha de reporte	Viernes 05 de Marzo del 2021, 9:54 am
Estado consulta	No reportado
País	Colombia
Jurisdicción	-
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

TIPO DE RELACIÓN	INDICADOR PROVEEDOR	RESULTADO
Consulta	0%	0%
País	5%	0%
Jurisdicción	5%	0%
Canal	5%	5%
Actividad	20%	12%
Producto	5%	5%
Origen de recursos	20%	8%
PERFIL DE RIESGO		30%
		70%

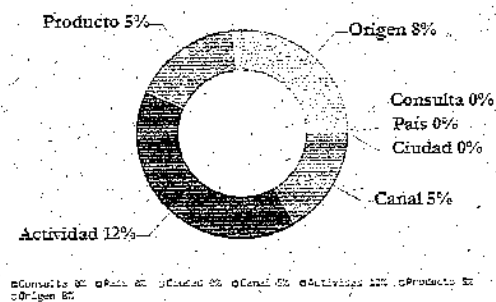
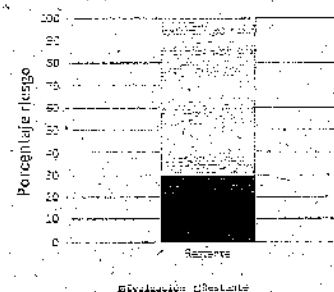
SEÑALES DE ALERTA

Sospechosa Inusual Intentada

OBSERVACIONES:

Sin observaciones

Firma



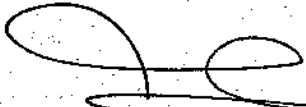
VERIFICACIÓN SARLAFT

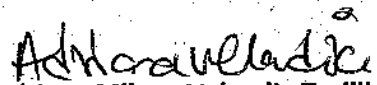
OBJETO: SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS DE ACUERDO CON LA DESCRIPCIÓN DEL ANEXO TÉCNICO, CON EL APOYO TECNOLÓGICO REQUERIDO, EN CADA UNA DE LAS UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD QUE CONFORMAN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

CP-003-2021

Bogotá, D.C., Marzo de 2021

CRITERIOS A EVALUAR	PROPONENTE
	JOHNSON & JOHNSON DE COLOMBIA S.A.
	NIT: 890101815-9
CONDICIONES	CONDICIÓN
	SI/NO
1. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Jurídica, en cumplimiento de lo establecido	SI
2. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Natural, Representante Legal, en cumplimiento de lo establecido en la Circular Externa N° 009 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud. NOTA 3: El formato SARLAFT presentado en la propuesta debe ir en formato PDF con firma y huella dactilar del representante legal, sin modificar la estructura del mismo.	N/A
CRITERIO	HABILITADO


Mónica E. González Montes
Oficial de Cumplimiento


Adriana Milena Velandia Trujillo
Técnico Administrativo II

Detalles de mensaje

Referencia interna: CP-003-2021
Descripción del proceso: SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS DE ACUERDO CON LA DESCRIPCIÓN DEL ANEXO TÉCNICO, CON EL APOYO TECNOLÓGICO
De: Johnson y Johnson de Colombia S.A.
Usuario: SANTIAGO SALAZAR
Fecha: 5 minutos de tiempo transcurrido (8/03/2021 1:30:42 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
Para: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE.
Referencia del mensaje: CO1.MSG.2384912
Tipo de mensaje: General
Asunto: SUBSANACIÓN DOCUMENTO SARLAFT JOHNSON & JOHNSON DE COLOMBIA

	Documento	Nombre del documento	
Anexos	Sarlaft Persona Juridica.pdf	Sarlaft Persona Juridica.pdf	Detalle
	sarlaft Rep legal.pdf	sarlaft Rep legal.pdf	Detalle

Texto de mensaje

Buenas tardes,

conforme lo solicitado, estamos adjuntando archivo pdf sarlaft con firma y huella del rep legal.

cordialmente,

JOHNSON & JOHNSON DE COLOMBIA SA

3/8/2021 12:05:53 PM SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE.

Buen día

Cordial saludo, teniendo en cuenta lo establecido en los pliegos de condiciones del proceso en curso CP-003-2021 (**CAPITULO 3 EVALUACIÓN DE LAS PROPUESTAS, numeral 3.7. SARLAFT – FACTOR HABILITADOR, 1. Formato – Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Jurídica, en cumplimiento de lo establecido**) (**NOTA 3: El formato SARLAFT presentado en la propuesta debe ir en formato PDF con firma y huella dactilar del representante legal, sin modificar la estructura del mismo**); se revisa el formulario aportado por el proveedor y se evidencia que no cuenta con huella.

Teniendo en cuenta lo anterior solicitamos respetuosamente se allegue el formulario SARLAFT debidamente diligenciado como lo indican los Pliegos del presente proceso, este formulario debe ser allegado el día de mañana 09 de marzo de 2021 antes de la 09:00 am, por medio de mensaje en el Sistema Electrónico de Contratación Pública Secop II.

SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARLAFT *

FECHA: 03/03/2021 CIUDAD: YUMBO DEPARTAMENTO: VALLE

Distiguado Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá 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 realización de este proceso es de carácter 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 Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN LA EMPRESA (MARCA CON X)

☐ ASEGURADOR ☒ PROVEEDOR ☐ CONTRATISTA ☐ PARTICULAR ☐ OTRO CUAL:

I. DATOS DE LA PERSONA JURÍDICA

RAZÓN SOCIAL: JOHNSON Y JOHNSON DE COLOMBIA SA NIT: 890101815-9

REPRESENTANTE LEGAL: PRIMER APELLIDO: QUIROZ SEGUNDO APELLIDO: RENDON NOMBRES: DAVID

CEDULA DE CIUDADANÍA: ☐ NUMERO: LUGAR DE EXPEDICIÓN: FECHA EXPEDICIÓN: AAAA/MM/DD

CEDULA DE EXTRANJERÍA: ☒ 343803 SANTA FE DE BOGOTÁ 16/06/2017

FECHA NACIMIENTO: AAAA/MM/DD LUGAR NACIMIENTO: DEPARTAMENTO: NACIONALIDAD (1): NACIONALIDAD (2):

1973/02/17 VENEZUELA VEN VENEZOLANO

DIRECCIÓN DOMICILIO PRINCIPAL: CIUDAD: DEPARTAMENTO: PAÍS: TELÉFONO/FAX

CL 15 N. 31- 146 ACOPI YUMBO VALLE COLOMBIA 3232335684

CORREO ELECTRÓNICO DE CONTACTO: PORTAL/PÁGINA INTERNET:

JRODR126@ITS.JNJ.COM WWW.JNJCOLOMBIA.COM

DIRECCIÓN SUCURSAL/AGENCIA: CIUDAD: DEPARTAMENTO: PAÍS: TELÉFONO/FAX

AV CALLE 26 N. 69 76 T2 P9 BOGOTÁ CUNDINAMARCA COLOMBIA 3232335684

TIPO DE EMPRESA: ACTIVIDAD ECONÓMICA:

☐ PÚBLICA ☐ INDUSTRIAL ☐ AGRÍCOLA ☐ SERVICIOS DE SALUD ☐ MIXTA ☒ COMERCIAL ☐ FARMACÉUTICA ☐ SERVICIOS FINANCIEROS CUAL: ☐ PRIVADA ☐ ASEGURADOR ☐ TRANSPORTES ☐ OTRA ☐ EXTRANJERA ☐ SERVICIOS

INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE: RENTACRUE: (SI) ☒ (NO) ☐ IVA: (SI) ☒ (NO) ☐ LCA: (SI) ☒ (NO) ☐ CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONÓMICA: 2023 4645

GILAN CONTRIBUYENTE: SI ☒ NO ☐ AGENTE RETENEDOR: SI ☒ NO ☐ AGENTE AUTORETENEDOR: SI ☒ NO ☐

II. DECLARACIÓN PERSONA PÚBLICAMENTE EXPUESTA (PEPS)

POR SU CARGO O ACTIVIDAD ADMINISTRATIVA O TIENE A SU CARGO EL MANEJO DE RECURSOS PÚBLICOS SI ☐ NO ☒
POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUN GRADO O TIPO DE PODER PÚBLICO SI ☐ NO ☒
POR SU ACTIVIDAD, OCUPACIÓN U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL SI ☐ NO ☒
ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS DIFERENTE A COLOMBIA SI ☐ NO ☒

Si contestó afirmativamente alguna de las anteriores preguntas, por favor, especifique:

III. IDENTIFICACIÓN DE ACCIONISTAS, SOCIOS, ASOCIADOS QUE SEAN TITULARES DE MÁS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APOORTE O PARTICIPACIÓN

NOMBRE COMPLETO O RAZÓN SOCIAL (DE REQUERIR UTILICE ANEXO)	% PARTICIPACIÓN	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACIÓN
JOHNSON Y JOHNSON INTERNACIONAL	95%	C.C. ☐ C.E. ☐ T.L. ☐ NIT ☒ OTRO ☐	890100915-2
JOHNSON Y JOHNSON	5%	C.C. ☐ C.E. ☐ T.L. ☐ NIT ☒ OTRO ☐	890309320-2
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.L. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.L. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	

IV. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	93.744.944.000	ACTIVOS TOTALES	1.068.329.995.000
INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	4.708.108.000	PASIVOS TOTALES	570.634.131.000

EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	89.329.197.750	PATRIMONIO	497.695.864.000
EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	5.563.954.500		
CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES:		DIFERENCIA EN CAMBIO	
CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES:		DIFERENCIA EN CAMBIO	

V. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☒ NO ☐

IMPORTACIONES ☒ 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
CTA COMPENSACIONES	36836985	CITIBANK	3000000	NEW YORK	USA	DOLAR (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):

VENTA Y COMERCIALIZACIÓN DE MATERIAL MEDICO QUIRURGICO Y DE OSTEOSINTESIS

2. Las actividades realizadas por la Empresa se efectúan dentro del Marco Legal. Los recursos que posee NO provienen de actividades ilícitas de conformidad con el Código Penal Colombiano.

3. La información suministrada en este formulario es veraz y verificable, y me obligo a actualizarla cuando así se requiera.

4. Clausula 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 derivan del desarrollo de este contrato NO se destinaran a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

VII. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.

2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.

3. Fotocopia del documento de identificación del Representante legal de la Empresa.

4. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado.

5. Estados Financieros del último 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 estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 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 utilización no requiere 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 tratan observando las disposiciones legales vigentes.

4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, enténdase 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 continuación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministraré mis datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación 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 la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite 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 determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebra. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder 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 estadísticas técnicas del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío 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 dicha 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 finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas 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, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación 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 celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la ULAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticas.

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 harán 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 Nacional de 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.

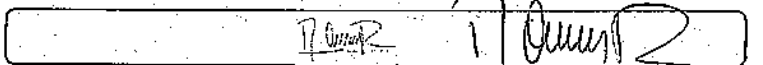
7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: 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 consentimiento de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se comparten, transfieren, transmiten, entreguen o divulgan, en desarrollo de lo 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 2 No 39-46, Bogotá D.C., Teléfono 7560505 Email: dirfuncionaria@subredsuroccidente.gov.co)** y cualquier otra persona jurídica legítimamente autorizada para la administración 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 términos que nos fueron informados en el presente documento.

IX. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE ME SUMINISTRADO
 ES EXACTA Y VERDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO



Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice 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			

REPORTE

Nombre	Johnson & johnson-de colombia s.a.
Número de identificación	890101815-9
Alias	
Fecha de reporte	Viernes 05 de Marzo del 2021, 10:13 am
Estado consulta	No reportado
País	Colombia
Jurisdicción	
Canal	Otros
Origen de recursos	Desarrollo de actividad
Producto	Alto
Lista	No se encontro en ninguna lista
Actividad económica	2023 fabricación de jabones y detergentes, preparados para limpiar y pulir; perfumes y preparados de tocador.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

TIPO DE RELACIÓN	INDICADOR PROVEEDOR	RESULTADO
Consulta	0%	0%
País	5%	0%
Jurisdicción	5%	0%
Canal	5%	5%
Actividad	20%	20%
Producto	5%	5%
Origen de recursos	20%	8%
PERFIL DE RIESGO		38%
		62%

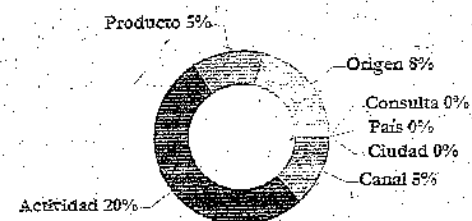
SEÑALES DE ALERTA

Sospechosa Inusual Intentada

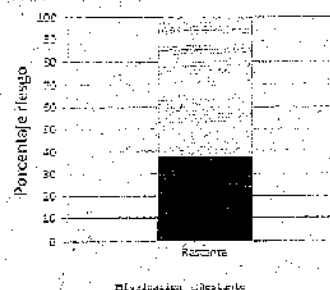
OBSERVACIONES:

Sin observaciones

Firma



Consulta: 0% País: 0% Ciudad: 0% Canal: 5% Actividad: 20% Producto: 5% Origen: 8%



VERIFICACIÓN SARLAFT

OBJETO: SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS DE ACUERDO CON LA DESCRIPCIÓN DEL ANEXO TÉCNICO, CON EL APOYO TECNOLÓGICO REQUERIDO, EN CADA UNA DE LAS UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD QUE CONFORMAN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

CP-003-2021

Bogotá, D.C., Marzo de 2021

CRITERIOS A EVALUAR	PROPONENTE
	MEDTRONIC COLOMBIA S.A.
CONDICIONES	NIT: 830025149-8
	CONDICIÓN
	SI/NO
1. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte - Persona Jurídica, en cumplimiento de lo establecido	SI
2. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte - Persona Natural, Representante Legal, en cumplimiento de lo establecido en la Circular Externa N° 009 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud. NOTA 3: El formato SARLAFT presentado en la propuesta debe ir en formato PDF con firma y huella dactilar del representante legal, sin modificar la estructura del mismo.	N/A
CRITERIO	HABILITADO


Mónica E. González Montes
Oficial de Cumplimiento


Adriana Milena Velandia Trujillo
Técnico Administrativo II

SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARLAFT *

FECHA:	2020-02-28	CIUDAD:	BOGOTÁ	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA
--------	------------	---------	--------	---------------	--------------

Distinguido 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 realización de este proceso es de carácter 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 Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN LA EMPRESA (MARCA CON X)

☐ ASEGURADOR	☒ PROVEEDOR	☐ CONTRATISTA	☐ PARTICULAR	☐ OTRO	CUAL:
-------------------------------------	---	--------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------	-------

I. DATOS DE LA PERSONA JURIDICA

RAZÓN SOCIAL:	MEDTRONIC COLOMBIA S.A.			NIT:	830.025.149-8
REPRESENTANTE LEGAL:	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	NOMBRES:		
	TORRES	RINCÓN	OVIDIO		
CEDULA DE CIUDADANÍA	☒	NUMERO:	LUGAR DE EXPEDICION	FECHA EXPEDICION AAAA/MM/DD	
CEDULA DE EXTRANJERÍA	☐	79.207.705	SOACHA	28/02/1989	
FECHA NACIMIENTO AAAA/MM/DD	LUGAR NACIMIENTO:	DEPARTAMENTO:	NACIONALIDAD (1):	NACIONALIDAD (2):	
	SOACHA	CUNDINAMARCA	COLOMBIANA		
DIRECCION DOMICILIO PRINCIPAL:	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX	
Avda. Calle. 116 No. 7 - 15	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	7421967	
CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:	PORTAL/PAGINA INTERNET:				
cs.cuentasgobiernocolombia1@medtronic.com	www.medtronic.com				
DIRECCION SUCURSAL/AGENCIA:	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX	
Avda. Calle. 116 No. 7 - 15	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	7421967	
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	☐ ICA	CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
		☐ IVA	☐ ICA	4659 3313	
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 MÁNAGE 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, APOORTE O PARTICIPACION

NOMBRE COMPLETO O RAZON SOCIAL (DE REQUERIR UTILICE ANEXO)	% PARTICIPACION	TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION
Covidien Group SARL	68,7%	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NI ☒ OTRO ☐	1997 2410082
Covidien International (US) Holdings A, LLC	29,0%	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NI ☒ OTRO ☐	20 - 5972587
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NI ☐ OTRO ☐	
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NI ☐ OTRO ☐	

IV. INFORMACION FINANCIERA

INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	24.917.392.000	ACTIVOS TOTALES	571.964.289.000
INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	-	PASIVOS TOTALES	308.174.574.000
EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	10.150.337.000	PATRIMONIO	
EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	-		
CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES:		DIFERENCIA EN CAMBIO	
CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES:		DIFERENCIA EN CAMBIO	

V. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☒ NO ☐

IMPORTACIONES ☒	EXPORTACIONES ☐	INVERSIONES ☐
OPERACIONES DE REDESCUENTO ☐	LEASING ☐	TRÁNSFERENCIAS ☒
PRESTAMOS MONEDA EXTRANJERA ☐	PAGOS SERVICIOS ☐	OTRAS ☐

Especifique cual:

TIPO PRODUCTO	Nº DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO OPERACIÓN	CIUDAD	PAIS	MONEDA
CUENTA CORRIENTE	36194409	CITIBANK	CONFIDENCIAL	NEW YORK	USA	USD

VI. DECLARACIÓN 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):

VENTA Y DISTRIBUCIÓN DE EQUIPOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS

2. Las actividades realizadas por la Empresa se efectúan dentro del Marco Legal. Los recursos que posee NO provienen de actividades ilícitas de conformidad con el Código Penal Colombiano.

3. La información suministrada en este formulario es veraz y verificable, y me obligo a actualizarla cuando así se requiera.

4. Clausula para apoderados: Certifico que toda la información suministrada y de la cual 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 financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

VII. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.

2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.

3. Fotocopia del documento de identificación del Representante legal de la Empresa.

4. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado.

5. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.

APODERADO

Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.

VIII. AUTORIZACIÓN DE USO DE INFORMACIÓN

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son recogidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 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 utilización no requeriría 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 tratarán observando las disposiciones legales vigentes.

4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, enténdase 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 prestación de servicios de salud.

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

I. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite 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 determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder 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) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío 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 dicha Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidad mencionada a: a) Las personas jurídicas 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, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación 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 celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES: 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 harán 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 Nacional de 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 INFORMACIÓN: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y LSRI de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: 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 incluyen 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 lo 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, Teléfono 7560505 E-mail: dirfinanciera@subredsuroccidente.gov.co y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración 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 términos 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 INFORMACIÓN QUE ME SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERDADERA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA				XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION			
1. Fecha	2. Ciudad	3. Nombre del funcionario o Asesor:	4. Lugar de la Entrevista:	1. Fecha:	2. Ciudad	3. Nombre y Cargo de quien verifica:	4. Lugar de la verificación:
5. Observaciones:				5. Observaciones:			
6. Resultado de la Entrevista:		ACEPTADO ☐ RECHAZADO ☐		6. Firma y cédula:			
7. Firma y Cédula							

2. Concepto **02** Actualización

4. Número de formulario

14714657067



(415)7707212489984(8020) 0000014714657067

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

8 3 0 0 2 5 1 4 9

6. DV

8

12. Dirección seccional
Impuestos de Grandes Contribuyentes

3

1

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona jurídica

25. Tipo de documento

1

26. Número de identificación

27. Fecha expedición

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

MEDTRONIC COLOMBIA S.A.

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1

6

9

39. Departamento

Bogotá D.C.

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

1

1

0 0 1

41. Dirección principal

AC 116 7 15 OF 1101 P 11

42. Correo electrónico

carlos.h.roa@medtronic.com

43. Código postal

1 1 0 1 1 1

44. Teléfono 1

6 6 8 3 7 7 7

45. Teléfono 2

7 4 4 7 3 4 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

46. Código

47. Fecha inicio actividad

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1

2

51. Código

52. Número establecimientos

1

4 6 5 9

1 9 9 7 1 0 3 1

3 3 1 3

2 0 0 2 1 2 0 2

7 7 3 0

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	3	1	4	1	5	1	6	1	8	2	1	2	4	2	6	4	1	4	2	4	8	5	2
03- Impuesto al patrimonio																															
05- Impto. renta y compl. régimen ordinari																															
07- Retención en la fuente a título de rent																															
08- Retención timbre nacional																															
09- Retención en la fuente en el impuesto																															
10- Obligado aduanero																															
13- Gran contribuyente																															
14- Informante de exogena																															
15- Autorretenedor																															
16- Obligación facturar por ingresos bienes																															
18- Precios de transferencia																															
21- Declarar ingreso o salida del país de d																															
24- Declaración consolidada precios de tra																															
26- Declaración individual precios de tran																															



REPORTE

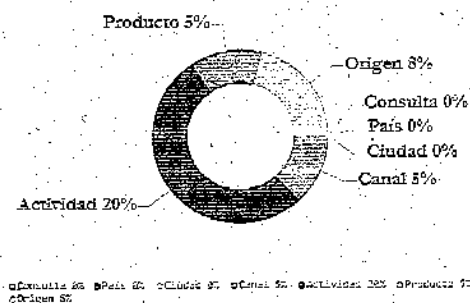
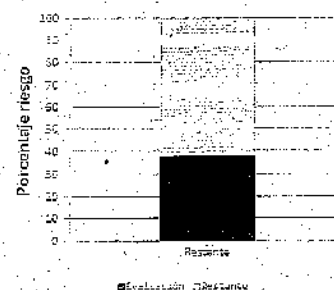
Nombre	Medtronic colombia s.a.
Número de identificación	830025149-8
Alias	
Fecha de reporte	Viernes 05 de Marzo del 2021, 10:19 am
Estado consulta	No reportado
País	Colombia
Jurisdicción	-
Canal	Otros
Origen de recursos	Desarrollo de actividad
Producto	Alto
Lista	No se encontro en ninguna lista
Actividad 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%	0%
Canal	5%	5%
Actividad	20%	20%
Producto	5%	5%
Origen de recursos	20%	8%
PERFIL DE RIESGO		38%
		62%

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/MEDTRONICCOLOMBIASA.xls>



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
SUR OCCIDENTE ESE

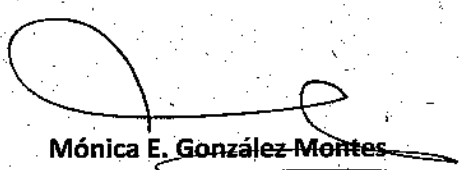
VERIFICACIÓN SARLAFT

OBJETO: SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS DE ACUERDO CON LA DESCRIPCIÓN DEL ANEXO TÉCNICO, CON EL APOYO TECNOLÓGICO REQUERIDO, EN CADA UNA DE LAS UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD QUE CONFORMAN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

CP-003-2021

Bogotá, D.C., Marzo de 2021

CRITERIOS A EVALUAR	PROPONENTE
	HOSPITECNICA S.A.S.
	NIT: 830131869-6
CONDICIONES	CONDICIÓN
	SI/NO
1. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Jurídica, en cumplimiento de lo establecido	SI
2. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Natural, Representante Legal, en cumplimiento de lo establecido en la Circular Externa N° 009 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud. NOTA 3: El formato SARLAFT presentado en la propuesta debe ir en formato PDF con firma y huella dactilar del representante legal, sin modificar la estructura del mismo.	N/A
CRITERIO	HABILITADO


Mónica E. González-Montes
Oficial de Cumplimiento


Adriana Milena Velandia Trujillo
Técnico Administrativo II

2. Concepto **02** Actualización

4. Número de formulario

14682774001



(415)7707212489984(8020) 0000014682774001

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

8 3 0 1 3 1 8 6 9

6. DV

6

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona jurídica

25. Tipo de documento

1

26. Número de identificación

27. Fecha expedición

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

HOSPITECNICA S.A.S.

36. Nombre comercial

HOSPITECNICA S.A.S.

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CL 85 A 49 A 64 BRR LA PATRIA

42. Correo electrónico

protecciondatos@hospitecnica.com.co

43. Código postal

44. Teléfono 1

5 3 3 4 4 4 4

45. Teléfono 2

3 1 8 2 5 2 9 5 2 3

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

4 6 5 9

47. Fecha inicio actividad

2 0 0 4 0 1 0 1

Actividad secundaria

48. Código

3 3 1 3

49. Fecha inicio actividad

2 0 0 9 0 1 1 4

Otras actividades

50. Código

4 7 7 3 7 7 3 0

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 5 7 9 1 0 1 4 4 2 4 8 5 2

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario 52- Facturador electrónico

07- Retención en la fuente a título 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

Obligados aduaneros

54. Código 2 2 2 3

Exportadores

55. Forma 3 56. Tipo 3 57. Modo 1 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

2020 - 02 - 10

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 HERNANDEZ NIÑO ANA CECILIA

985. Cargo Representante Legal Suplente Certificado

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14682774001



(415)7707212489984(8020) 0000014682774001

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional
Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

8 3 0 1 3 1 8 6 9 6

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza

2

63. Formas asociativas

1 2

65. Fondos

66. Cooperativas

68. Sin personería jurídica

69. Otras organizaciones no clasificadas

64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados
67. Sociedades y organismos extranjeros
70. Beneficio

1

Constitución, Registro y Última Reforma

Composición del Capital

Documento	1. Constitución	2. Reforma	
71. Clase	0 5	0 5	82. Nacional 1 0 0 %
72. Número	1 1 9 8	1 3 2 1	83. Nacional público 0 . 0 %
73. Fecha	2 0 0 3 1 1 1 0	2 0 0 6 0 9 0 7	84. Nacional privado 1 0 0 . 0 %
74. Número de notaría	6 0	6 0	85. Extranjero 0 %
75. Entidad de registro	0 3	0 3	86. Extranjero público 0 . 0 %
76. Fecha de registro	2 0 0 3 1 2 0 5	2 0 0 6 0 9 2 2	87. Extranjero privado 0 . 0 %
77. No. Matrícula mercantil	0 1 3 2 7 3 7 5	0 1 3 2 7 3 7 5	
78. Departamento	1 1	1 1	
79. Ciudad/Municipio	0 0 1	4	
Vigencia			
80. Desde	2 0 0 3 1 1 1 0		
81. Hasta			

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)	92. DV
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			

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14682774001



(415)7707212489984(8020) 000001468277400 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

8 3 0 1 3 1 8 6 9

6

Impuestos de Bogotá

3 2

Representación

98. Representación REPRS LEGAL PRIN		99. Fecha inicio ejercicio representación 2 0 0 5 0 8 1 2	
100. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía	101. Número de identificación 1 3 9 1 2 6 1 9 0 3	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
104. Primer apellido MENDIVELSO	105. Segundo apellido OJEDA	106. Primer nombre HUGO	107. Otros nombres GERMAN
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal	
98. Representación REPRS LEGAL SUPL		99. Fecha inicio ejercicio representación 2 0 0 5 0 8 1 2	
100. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía	101. Número de identificación 1 3 5 1 7 6 9 3 4 1	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
104. Primer apellido HERNANDEZ	105. Segundo apellido NIÑO	106. Primer nombre ANA	107. Otros nombres CECILIA
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal	
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	
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	
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	

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14682774001



(415)7707212489984(8020) 0000014682774001

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

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

111. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3	112. Número de identificación 5 1 7 6 9 3 4 1	113. DV 114. Nacionalidad COLOMBIA	1 6 9
115. Primer apellido HERNANDEZ	116. Segundo apellido NIÑO	117. Primer nombre ANA	118. Otros nombres GECILIA
119. Razón social			
120. Valor capital del socio 5,000,000	121. % Participación 2 5	122. Fecha de ingreso 2 0 0 5 0 8 1 2	123. Fecha de retiro
111. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3	112. Número de identificación 9 1 2 6 1 9 0 3	113. DV 114. Nacionalidad COLOMBIA	1 6 9
115. Primer apellido MENDIVELSO	116. Segundo apellido OJEDA	117. Primer nombre HUGO	118. Otros nombres GERMAN
119. Razón social			
120. Valor capital del socio 15,000,000	121. % Participación 7 5	122. Fecha de ingreso 2 0 0 3 1 1 1 0	123. Fecha de retiro
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
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
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

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14682774001



(415)7707212489984(8020) 000001468277400 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

8 3 0 1 3 1 8 6 9

6. DV

6

12. Dirección seccional

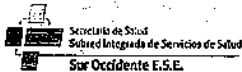
Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

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 1 7 8 8 1 8		1 7 8 1 1 T
	128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres
	ALVAREZ	ARBELAEZ	CARLOS	ALBERTO
Revisor fiscal suplente	132. Número de Identificación Tributaria (NIT)	133. DV	134. Sociedad o firma designada	
	8 3 0 0 8 1 6 0 0	7	A & A CONSULTORES LTDA	
	135. Fecha de nombramiento			
	2 0 1 7 0 2 0 2			
Contador	136. Tipo de documento	137. Número de identificación	138. DV	139. Número de tarjeta profesional
	Cédula de Ciudadanía 1 3	7 9 7 2 1 2 9 3		1 2 2 4 2 5 T
	140. Primer apellido	141. Segundo apellido	142. Primer nombre	143. Otros nombres
	ALVAREZ	LUNA	CARLOS	ANDRES
Contador	144. Número de Identificación Tributaria (NIT)	145. DV	146. Sociedad o firma designada	
	8 3 0 0 8 1 6 0 0	7	A & A CONSULTORES LTDA	
	147. Fecha de nombramiento			
	2 0 1 7 0 2 0 2			
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
Contador	156. Número de Identificación Tributaria (NIT)	157. DV	158. Sociedad o firma designada	
Contador	159. Fecha de nombramiento			



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 ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARLATT *

FECHA: 03/03/2021 CIUDAD: Bogotá DEPARTAMENTO: Cundinamarca

Destigado Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitimos adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter 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 Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN LA EMPRESA (MARCA CON X)

☐ ASEGURADOR ☒ PROVEEDOR ☐ CONTRATISTA ☐ PARTICULAR ☐ OTRO CUAL:

I. DATOS DE LA PERSONA JURIDICA

RAZON SOCIAL: Hospitecnica sus NIT: 830131864-6

REPRESENTANTE LEGAL: PRIMER APELLIDO: Mendiveleo SEGUNDO APELLIDO: Queda NOMBRES: Hugo German

CEDULA DE CIUDADANIA: ☒ NUMERO: 9261903 LUGAR DE EXPEDICION: Bucaramanga FECHA EXPEDICION AAAA/MM/DD: 05/02/1987

CEDULA DE EXTRANJERIA: ☐ FECHA NACIMIENTO AAAA/MM/DD: 13/11/1968 LUGAR NACIMIENTO: Socota - Boyaca DEPARTAMENTO: Boyaca NACIONALIDAD (1): Colombiana NACIONALIDAD (2):

DIRECCION DOMICILIO PRINCIPAL: Calle 85A No 49A 64 CIUDAD: Bogotá DEPARTAMENTO: Cundinamarca PAIS: Colombia TELEFONO/FAX: 5384444

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO: comercial@hospitecnica.com.co PORTAL/PAGINA INTERNET:

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: RENTACREE: ☒ IVA: ☒ LCA: CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA: 4689

GRAN CONTRIBUYENTE: SI ☐ NO ☒ AGENTE RETENEDOR: SI ☐ NO ☒ AGENTE AUTORETENEDOR: SI ☐ NO ☒

II. DECLARACIÓN PERSONA PUBLICAMENTE EXPUESTA (PEPE)

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. IDENTIFICACIÓN DE ACCIONISTAS, SOCIOS, ASOCIADOS QUE SEAN TITULARES DE MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APOORTE O PARTICIPACION

NOMBRE COMPLETO O RAZON SOCIAL (DE REQUERIR UTILICE ANEXO)	% PARTICIPACION	TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION
Hugo Mendiveleo	96	C.C. ☒ C.E. ☐ T.J. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	9261903
And Hernandez	4	C.C. ☒ C.E. ☐ T.J. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	51369341
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.J. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.J. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	

IV. INFORMACION FINANCIERA

INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	370.353.487	ACTIVOS TOTALES	4.866.467.019
INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	6.386.169	PASIVOS TOTALES	1.666.852.583

EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	105.452.114	PATRIMONIO	3190.084.430
EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	28.067.628		
CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES:	Intereses, Incapaci	DIFERENCIA EN CAMBIO	
CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES:		DIFERENCIA EN CAMBIO	

V. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES			
REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA:			
SI ☒ NO ☐			
IMPORTACIONES ☒	EXPORTACIONES ☐	INVERSIONES ☐	Especifique cual:
OPERACIONES DE REDESCUENTO ☐	LEASING ☐	TRASFERENCIAS ☐	
PRESTAMOS MODENA EXTRANJERA ☐	PAGOS SERVICIOS ☐	OTRAS ☐	

TIPO PRODUCTO	No DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO OPERACIÓN	CIUDAD	PAIS	MONEDA
Bancolombia	082376362	Bancolo	100.000	shende	chimo	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):

suministro de equipos

- Las actividades realizadas por la Empresa se efectúan dentro del Marco Legal. Los recursos que posee NO provienen de actividades ilícitas de conformidad con el Código Penal Colombiano.
- La información suministrada en este formulario es veraz y verificable, y me obligo a actualizarla cuando así se requiera.
- Cláusula para apoderados: Certifico que toda la información suministrada y de la cual no soy titular ha sido obtenida de acuerdo con los parámetros establecidos legalmente.
- Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato NO se destinan a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

VII. DOCUMENTOS REQUERIDOS

- Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.
- Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
- Fotocopia del documento de identificación del Representante legal de la Empresa.
- Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado.
- Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.

APODERADO

Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.

VIII. AUTORIZACION DE USO DE INFORMACION CONSIDERACIONES

- 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 estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
- Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 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 utilización no requiere de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
- Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratan observando las disposiciones legales vigentes.
- Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entendiéndose 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 7568505 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 continuación 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 prestación 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 la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite 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 determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder 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) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío 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 regulaciones 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 dicha 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 finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas 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 derivadas de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación 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 adelanten gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecofid, y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

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 harán 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 Nacional de 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 he sido obligado a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: 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 mí.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE y/o sus Unidades Presionadoras 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 comparten, transfieren, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el ítem e) del numeral 3 anterior, serán: a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE y/o sus Unidades Presionadoras de Servicios de Salud Calle 9 No 39-46, Bogotá D.C. Teléfono 7500503 E-mail: dirfinanciera@subredsurecidente.gov.co y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración 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 términos 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 INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO





Firma Cliente / Representante Legal

Huella Índice Derecho

X. INFORMACIÓN DE ENTREVISTA

XI. INFORMACIÓN DE VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN

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							

Nombre	Hospitecnica s.a.s.
Número de identificación	830131869-6
Alias	
Fecha de reporte	Viernes 05 de Marzo del 2021, 10:27 am
Estado consulta	No reportado
País	Colombia
Jurisdicción	
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%	0%
Canal	5%	5%
Actividad	20%	20%
Producto	5%	5%
Origen de recursos	20%	8%
PERFIL DE RIESGO		38%
		62%

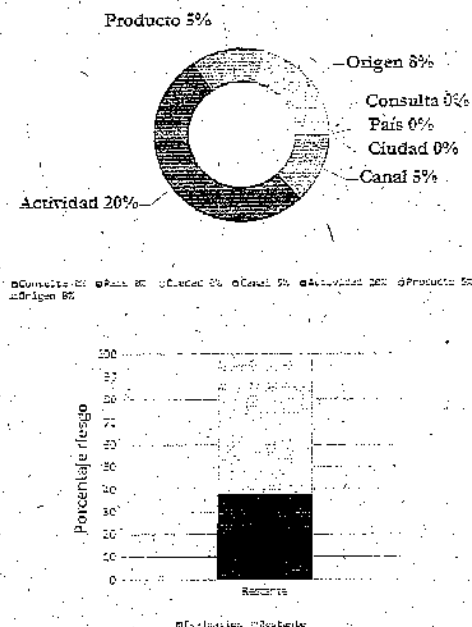
SEÑALES DE ALERTA

Sospechosa	Inusual	Intentada
------------	---------	-----------

OBSERVACIONES:

Sin observaciones

Firma



VERIFICACIÓN SARLAFT

OBJETO: SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS DE ACUERDO CON LA DESCRIPCIÓN DEL ANEXO TÉCNICO, CON EL APOYO TECNOLÓGICO REQUERIDO, EN CADA UNA DE LAS UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD QUE CONFORMAN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

CP-003-2021

Bogotá, D.C., Marzo de 2021

CRITERIOS A EVALUAR	PROPONENTE
	MEDICOX LTDA
CONDICIONES	NIT: 830142523-0
	CONDICIÓN
	SI/NO
1. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Jurídica, en cumplimiento de lo establecido	SI
2. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Natural, Representante Legal, en cumplimiento de lo establecido en la Circular Externa N° 009 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud. NOTA 3: El formato SARLAFT presentado en la propuesta debe ir en formato PDF con firma y huella dactilar del representante legal, sin modificar la estructura del mismo.	N/A
CRITERIO	HABILITADO


Mónica E. González Montes
Oficial de Cumplimiento


Adriana Milena Velandia Trujillo
Técnico Administrativo II

2. Concepto **02** Actualización

4. Número de formulario

14731302642



(415)7707212489984(8020) 000001473130264 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

8 3 0 1 4 2 5 2 3

6. DV

0

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona jurídica

25. Tipo de documento

1

26. Número de identificación

27. Fecha expedición

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

MEDICOX LTDA

36. Nombre comercial

37. Style

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CL 66 19 36 OF 301

42. Correo electrónico

administrativo@medicox.com.co

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 2 5 4 9 5

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

46. Código

47. Fecha inicio actividad

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1

2

51. Código

52. Número establecimientos

4 6 4 5

2 0 1 3 0 1 2 5

4 6 9 0

2 0 1 3 0 1 2 5

4 6 5 9

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 5 7 8 9 1 0 1 4 4 2 4 8 5 2

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario 48- Impuesto sobre las ventas - IVA

07- Retención en la fuente a título de renta 52- Facturador electrónico

08- Retención timbre nacional

09- Retención en la fuente en el impuesto

10- Obligado aduanero

14- Informante de exogena

42- Obligado a llevar contabilidad

Obligados aduaneros

Exportadores

54. Código 2 2 2 3

55. Forma 3 56. Tipo 1 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

2021 - 01 - 19 / 08 : 01 : 56

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 MORALES GONZALEZ NELLY

985. Cargo Representante Legal Suplente Certificado



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.
ESTRATEGICO - GESTION DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO
FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA JURIDICA

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

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

FECHA: 01/03/2021 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 5.2.2.2.1, 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 ☒ PROVEEDOR ☐ CONTRATISTA ☐ PARTICULAR ☐ OTRO CUAL:

I. DATOS DE LA PERSONA JURIDICA

RAZON SOCIAL: MEDICOX LTDA NIT: 830.142.523-0

REPRESENTANTE LEGAL: PRIMER APELLIDO: MORALES SEGUNDO APELLIDO: GONZALEZ NOMBRES: NELLY

CEDULA DE CIUDADANIA: ☒ NUMERO: LUGAR DE EXPEDICION: FECHA EXPEDICION: AAAA/MM/DD

CEDULA DE EXTRANJERIA: ☐ 51.829.794 BOGOTA 31/10/1984

FECHA NACIMIENTO: AAAA/MM/DD LUGAR NACIMIENTO: DEPARTAMENTO: NACIONALIDAD (1): NACIONALIDAD (2):

12/07/1966 LETICIA AMAZONAS COLOMBIANA

DIRECCION DOMICILIO PRINCIPAL: CIUDAD: DEPARTAMENTO: PAIS: TELEFONO/FAX

CALLE 66 N° 19-36 OF. 301 BOGOTA CUNDINAMARCA COLOMBIA 3125495 - 3176442163

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO: PORTAL/PAGINA INTERNET:

licitaciones@medicox.com.co

www.medicox.com.co

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

CALLE 66 N° 19-36 OF. 301 BOGOTA CUNDINAMARCA COLOMBIA 3125495 - 3176442163

TIPO DE EMPRESA: ACTIVIDAD ECONOMICA:

☐ PUBLICA ☐ INDUSTRIAL ☐ AGRICOLA ☐ SERVICIOS DE SALUD
☐ MIXTA ☒ COMERCIAL ☐ FARMACEUTICA ☐ SERVICIOS FINANCIEROS
☒ PRIVADA ☐ ASEGURADOR ☐ TRANSPORTES ☐ OTRA
☐ EXTRANJERA ☐ SERVICIOS

CUAL:

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE: RENTA/IGES (SI) ☒ (NO) ☐ IVA (SI) ☒ (NO) ☐ LCA (SI) ☒ (NO) ☐ CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA: 4645 4690

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
JOSE HERMES GUZMAN ROCHA	50.00%	C.C. ☒ C.E. ☐ T.L. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	79.333.927
NELLY MORALES GONZALEZ	50.00%	C.C. ☒ C.E. ☐ T.L. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	51.829.794
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.L. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.L. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	

INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	2,311,000	PASIVOS TOTALES	5,748,759,000
EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	1,270,256,000	PATRIMONIO	5,443,291,000
EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	22,220,583		
CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES:	INTERESES Y ARRIENDOS		
CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES:	GASTOS FINANCIEROS Y DIVERSOS		

V. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☒ NO ☐

IMPORTACIONES ☒	EXPORTACIONES ☐	INVERSIONES ☐
OPERACIONES DE REDESCUENTO ☐	LEASING ☐	TRANSFERENCIAS ☐
PRESTAMOS MODENA EXTRANJERA ☐	PAGOS SERVICIOS ☐	OTRAS ☐

Especifique cual:

TIPO PRODUCTO	Nº DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO OPERACIÓN	CIUDAD	PAIS	MONEDA
CORRIENTE	03318980996	BANCOLOMBIA	\$ 55,000	XIANGANG	CHINA	USD

VI. DECLARACIÓN 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):

COMERCIO AL POR MAYOR DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS, MEDICINALES, COSMETICOS Y DE TOCADOR

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

VII. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.
2. Fotocopia del Registro Union Tributario RUT.
3. Fotocopia del documento de identificación del Representante legal de la Empresa.
4. Fotocopia Declaración 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**

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 estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 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 utilización no requeriría 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 tratan observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entienda 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 prestación 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 la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite 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 determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder 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) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío 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 finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas 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, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación 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 adelanten gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecol, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

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 harán 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 Nacional de Salud, exigen las mismas.
 6. **DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES:** Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre dador de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.
 7. **DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN:** 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 mí.
 8. **RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN:** 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 incluyen 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 39-16, Bogotá DC, Teléfono 7568595 E-mail: dirfinanciera@subredsuroccidente.gov.co) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración 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 autorizamos, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

IX. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO
 ES EXACTA Y VERDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO



NELLY MORALES GONZÁLEZ

Huella Índice Derecho



X. INFORMACION DE ENTREVISTA

XI. INFORMACION DE VERIFICACIÓN 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. Firmó y cédula:			
7. Firma y Cédula							

REPORTE

Nombre	Medicox Ltda
Número de identificación	830142523-0
Alias	
Fecha de reporte	Viernes 05 de Marzo del 2021, 10:35 am
Estado consulta	No reportado
País	Colombia
Jurisdicción	-
Canal	Otros
Origen de recursos	Desarrollo de actividad
Producto	Alto
Lista	No se encontró 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%	0%
Canal	5%	5%
Actividad	20%	20%
Producto	5%	5%
Origen de recursos	20%	8%
PERFIL DE RIESGO		38%
		62%

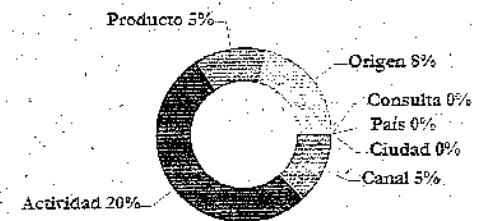
SEÑALES DE ALERTA

Sospechosa Inusual Intentada

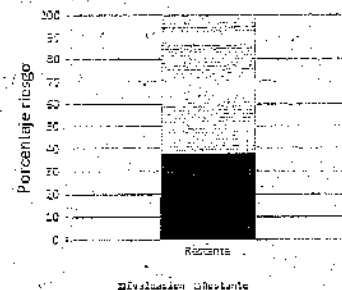
OBSERVACIONES:

Sin observaciones

Firma



Consulta 0% País 0% Ciudad 0% Canal 5% Actividad 20% Origen 8% Producto 5%



VERIFICACIÓN SARLAFT

OBJETO: SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS DE ACUERDO CON LA DESCRIPCIÓN DEL ANEXO TÉCNICO, CON EL APOYO TECNOLÓGICO REQUERIDO, EN CADA UNA DE LAS UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD QUE CONFORMAN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

CP-003-2021

Bogotá, D.C., Marzo de 2021

CRITERIOS A EVALUAR	PROPONENTE
	MEDICAL GROUP ANMA S.A.S.
CONDICIONES	NIT: 900923685-0
	CONDICIÓN
	SI/NO
1. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Jurídica, en cumplimiento de lo establecido	SI
2. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Natural, Representante Legal, en cumplimiento de lo establecido en la Circular Externa N° 009 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud. NOTA 3: El formato SARLAFT presentado en la propuesta debe ir en formato PDF con firma y huella dactilar del representante legal, sin modificar la estructura del mismo.	N/A
CRITERIO	HABILITADO


Monica E. González Montes
Oficial de Cumplimiento


Adriana Milena Velandia Trujillo
Técnico Administrativo II

2. Concepto **02** Actualización

4. Número de formulario

14723004344



(415)7707212469984(8020) 000001472300434 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

9 0 0 9 2 3 6 8 5 0

6. DV

0

12. Dirección seccional
Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona jurídica

25. Tipo de documento

1

26. Número de identificación

27. Fecha expedición

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

MEDICAL GROUP ANMA S.A.S.

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CL 53 27 33 OF 507 ED ORBICENTRO 2

42. Correo electrónico

contabilidad@mdicalgroup.com

43. Código postal

1 1 1 3 1 - 1

44. Teléfono 1

8 7 0 0 7 8 9

45. Teléfono 2

3 1 3 4 9 5 5 7 6 1

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

46. Código

4 6 4 5

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 5 1 2 2 8

Actividad secundaria

48. Código

4 7 7 3

49. Fecha inicio actividad

2 0 1 5 1 2 2 8

Otras actividades

50. Código

4 6 5 9

1 2

4 6 4 1

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código

5 7 1 4 2 4 8 5 2

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

07- Retención en la fuente a título de rent

14- Informante de exogena

42- Obligado a llevar contabilidad

48 - Impuesto sobre las ventas - IVA

52 - Facturador electrónico

Obligados aduaneros

Exportadores

54. Código

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

55. Forma

56. Tipo

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

2020 - 11 - 13 / 09 : 41 : 52

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

ESCANDON DUSSAN LEYDY CONSTANZA

985. Cargo

Representante legal Certificado

SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARLAFT *

FECHA: MARZO 3 DE 2021 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 5.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter 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 Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN LA EMPRESA (MARCA CON X)

☐ ASEGURADOR ☐ PROVEEDOR ☒ CONTRATISTA ☐ PARTICULAR ☐ OTRO CUAL:

I. DATOS DE LA PERSONA JURIDICA

RAZON SOCIAL: MEDICAL GROUP ANMA S.A.S NIT: 900923685-0

REPRESENTANTE LEGAL: PRIMER APELLIDO ESCANDON SEGUNDO APELLIDO: DUSSAN NOMBRES: LEYDY CONSTANZA

CEDULA DE CIUDADANÍA ☒ NUMERO: 26.430.054 LUGAR DE EXPEDICIÓN NEIVA FECHA EXPEDICIÓN AAAA/MM/DD 28/01/2003

CEDULA DE EXTRANJERÍA ☐ NUMERO: 26.430.054 LUGAR DE EXPEDICIÓN NEIVA FECHA EXPEDICIÓN AAAA/MM/DD 28/01/2003

FECHA NACIMIENTO AAAA/MM/DD 1984-12-27 LUGAR NACIMIENTO: FLORENCIA DEPARTAMENTO: CAQUETA NACIONALIDAD (1): COLOMBIANA NACIONALIDAD (2): N.A.

DIRECCIÓN DOMICILIO PRINCIPAL: CALLE 53 No. 27-33 OF 507 CIUDAD: BOGOTA DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA PAIS: COLOMBIA TELEFONO/FAX: 313495761

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:

PORTAL/PÁGINA INTERNET:

ADMON@MDICALGROUP.COM

DIRECCIÓN SU CURSAL/AGENCIA: CALLE 8 No. 26-27 CIUDAD: NEIVA DEPARTAMENTO: HUILA PAIS: COLOMBIA TELEFONO/FAX: 87700789

TIPO DE EMPRESA: ACTIVIDAD ECONOMICA:

☐ PUBLICA ☐ INDUSTRIAL ☐ AGRICOLA ☐ SERVICIOS DE SALUD
☐ MIXTA ☐ COMERCIAL ☐ FARMACEUTICA ☐ SERVICIOS FINANCIEROS
☒ PRIVADA ☐ ASEGURADOR ☐ TRANSPORTES ☐ OTRA
☐ EXTRANJERA ☐ SERVICIOS

CUAL:

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE: RENTA/CREE ☒ IVA ☒ LCA: 4645 4773

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, APOORTE O PARTICIPACION

NOMBRE COMPLETO O RAZON SOCIAL (DE REQUERIR UTILICE ANEXO)	% PARTICIPACION	TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION
LEYDY CONSTANZA ESCANDON DUSSAN	78,94%	C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	26.340.054
ANTONELLA CANTILLO ESCANDON	10,53%	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☒ NIT ☐ OTRO ☐	1.077.238.938
MATHIAS CANTILLO ESCANDON	10,53%	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☒ NIT ☐ OTRO ☐	1.077.244.362
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	

IV. INFORMACION FINANCIERA

INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	1.130.678.999	ACTIVOS TOTALES	12.153.440.249
INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	7.758.693	PASIVOS TOTALES	5.494.243.484
EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	995.880.521	PATRIMONIO	6.659.196.765
EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	41.252.820		
CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES:	REINTEGRO DE COSTOS Y DESCUENTOS COMERCIALES		
CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES:	COSTOS FINANCIEROS, GASTOS BANCARIOS		

V. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

IMPORTACIONES ☐	EXPORTACIONES ☐	INVERSIONES ☐	Especifique cual: <div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 40px;"></div>
OPERACIONES DE REDESCUENTO ☐	LEASING ☐	TRANSFERENCIAS ☐	
PRESTAMOS MODENA EXTRANJERA ☐	PAGOS SERVICIOS ☐	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):

comercio al por mayor de productos farmacéuticos, medicinales, cosméticos y de tocador.

2. Las actividades realizadas por la Empresa se efectúan dentro del Marco Legal. Los recursos que posee NO provienen de actividades ilícitas de conformidad con el Código 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: Cerifico que toda la información 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 financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

VII. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1. Original Certificado de Existencia y Representación 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 identificación 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 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 comerciales, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, enténdase 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 prestación 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 la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite 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 determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos; c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre; d) El control y la prevención del riesgo; e) La liquidación y pago de cuentas; f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados; g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder 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) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud; j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud; k) Envío 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 INFORMACIÓN: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas 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, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros; c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación 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 celebración de contratos de seguros y/o reaseguros; e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES: 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 harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlos, 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 909 de la Superintendencia Nacional de 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 INFORMACIÓN: 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 mí.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: 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, Teléfono: 7560505 E-mail: dirfinanciera@subredsuroccidente.gov.co; y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración 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 términos que nos fueron informados en el presente documento.

IX. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE ME SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO.





Firma Cliente / Representante Legal

Huella Índice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA				XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION			
1. Fecha	2. Ciudad	3. Nombre del funcionario o Asesor:	4. Lugar de la Entrevista:	1. Fecha	2. Ciudad	3. Nombre y Cargo de quien verifica:	4. Lugar de la verificación:
5. Observaciones:				5. Observaciones:			
6. Resultado de la Entrevista:		ACEPTADO ☐ RECHAZADO ☐		6. Firma y cédula:			
7. Firma y Cédula							

REPORTE

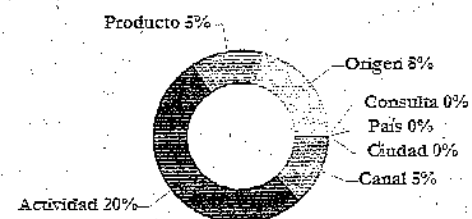
Nombre	Medical group anma s.a.s.
Número de identificación	900923685-0
Alias	
Fecha de reporte	Viernes 05 de Marzo del 2021, 10:42 am
Estado consulta	No reportado
País	Colombia
Jurisdicción	-
Canal	Otros
Origen de recursos	Desarrollo de actividad
Producto	Alto
Lista	No se encontro en ninguna lista
Actividad económica	4645 comercio al por mayor de productos farmacéuticos, medicinales, cosméticos y de tocador.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

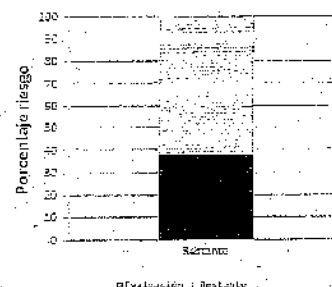
TIPO DE RELACIÓN	INDICADOR PROVEEDOR	RESULTADO
Consulta	0%	0%
País	5%	0%
Jurisdicción	5%	0%
Canal	5%	5%
Actividad	20%	20%
Producto	5%	5%
Origen de recursos	20%	8%
PERFIL DE RIESGO		38%
		62%

SEÑALES DE ALERTA

Sospechosa Inusual Intentada



Consulta 0% País 0% Origen 8% Canal 5% Actividad 20% Producto 5% Ciudad 0%



OBSERVACIONES:

Sin observaciones

Firma

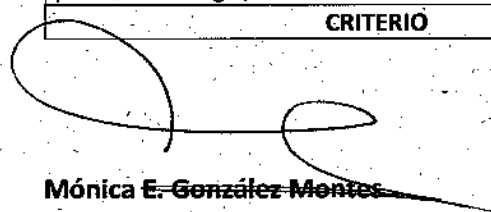
VERIFICACIÓN SARLAFT

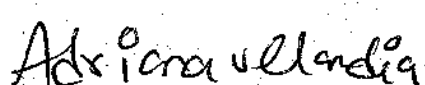
OBJETO: SUMINISTRO DE INSÚMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS DE ACUERDO CON LA DESCRIPCIÓN DEL ANEXO TÉCNICO, CON EL APOYO TECNOLÓGICO REQUERIDO, EN CADA UNA DE LAS UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD QUE CONFORMAN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

CP-003-2021

Bogotá, D.C., Marzo de 2021

CRITERIOS A EVALUAR	PROPONENTE
	LM INSTRUMENTS S.A.
CONDICIONES	NIT: 800077635-1
	CONDICIÓN
	SI/NO
1. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Jurídica, en cumplimiento de lo establecido	SI
2. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Natural, Representante Legal, en cumplimiento de lo establecido en la Circular Externa N° 009 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud. NOTA 3: El formato SARLAFT presentado en la propuesta debe ir en formato PDF con firma y huella dactilar del representante legal, sin modificar la estructura del mismo.	N/A
CRITERIO	HABILITADO


Mónica E. González Montes
Oficial de Cumplimiento


Adriana Milena Velandia Trujillo
Técnico Administrativo II

SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARLAFT *

FECHA:	2021-03-03	CIUDAD:	Bogotá	DEPARTAMENTO:	Cundinamarca
---------------	------------	----------------	--------	----------------------	--------------

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter 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 Políticas de la Entidad comarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN A EMPRESA (MARCA CONXO)					
☐ ASEGURADOR	☒ PROVEEDOR	☐ CONTRATISTA	☐ PARTICULAR	☐ OTRO	CUAL:

I. DATOS DE LA PERSONA JURIDICA					
RAZÓN SOCIAL:	LM INSTRUMENTS S.A.			NIT:	800.077.635-1
REPRESENTANTE LEGAL:	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	NOMBRES:		
	PARDO	TURRIAGO	SANTIAGO		
CEDULA DE CIUDADANIA	☒	NÚMERO:	LUGAR DE EXPEDICIÓN	FECHA EXPEDICIÓN AAAA/MM/DD	
CEDULA DE EXTRANJERIA	☐	79.341.848	Bogotá D.C.	15/12/1983	
FECHA NACIMIENTO AAAA/MM/DD	LUGAR NACIMIENTO:		DEPARTAMENTO:	NACIONALIDAD (1):	NACIONALIDAD (2):
1965-04-26	Bogotá		Cundinamarca	Colombiano	
DIRECCIÓN DOMICILIO PRINCIPAL:		CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAÍS:	TELÉFONO/FAX
Cra 68D No. 25B - 86 Of. 518		Bogotá	Cundinamarca	Colombia	427 2000 / 427 6868
CORREO ELECTRÓNICO DE CONTACTO:			PORTAL/PAGINA INTERNET:		
Info@lmstruments.com.co			www.lmstruments.com.co		
DIRECCIÓN SUCURSAL/AGENCIA:		CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAÍS:	TELÉFONO/FAX
Cra 68D No. 25B - 86 Of. 518		Bogotá	Cundinamarca	Colombia	427 2000 / 427 6868
TIPO DE EMPRESA:	ACTIVIDAD ECONÓMICA				
☐ PÚBLICA ☐ MIXTA ☒ PRIVADA ☐ EXTRANJERA	☐ INDUSTRIAL ☒ COMERCIAL ☐ ASEGURADOR ☐ SERVICIOS	☐ AGRÍCOLA ☐ FARMACÉUTICA ☐ TRANSPORTES	☐ SERVICIOS DE SALUD ☐ SERVICIOS FINANCIEROS ☐ OTRA.	CUAL: <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 40px;"></div>	
INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE:	RENTA/CRIZ:	IVA:	ICL:	CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONÓMICA	
	SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	4659	4645
GRAN CONTRIBUYENTE	SI ☐ NO ☒	AGENTE RETENEDOR	SI ☐ NO ☒	AGENTE AUTORETENEDOR	SI ☐ NO ☒

II. DECLARACIÓN PERSONA PÚBLICAMENTE EXPUESTA (PEPS)	
POR SU CARGO O ACTIVIDAD ADMINISTRATIVA TIENE A SU CARGO EL MANEJO DE RECURSOS PÚBLICOS	SI ☐ NO ☒
POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUN GRADO O TIPO DE PODER PÚBLICO	SI ☐ NO ☒
POR SU ACTIVIDAD, OCUPACIÓN U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL	SI ☐ NO ☒
ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS DIFERENTE A COLOMBIA	SI ☐ NO ☒
Si contestó afirmativamente alguna de las anteriores preguntas, por favor, especifique:	

III. IDENTIFICACIÓN DE ACCIONISTAS, SOCIOS, ASOCIADOS QUE SEAN TITULARES DE MÁS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APOORTE O PARTICIPACIÓN			
NOMBRE COMPLETO O RAZÓN SOCIAL (DE REQUERIR UTILICE ANEXO)	% PARTICIPACIÓN	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACIÓN
GAMAN GROUP S.A.S	94799937,00%	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☒ OTRO ☐	901.190.341
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	

IV. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	4.741.719.274	ACTIVOS TOTALES	48.675.415.025
INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	59.307.673	PASIVOS TOTALES	16.263.401.243
EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	4.045.012.955	PATRIMONIO	32.412.013.782
EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	84.464.065		
CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES		DIFERENCIA EN CAMBIO	
CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES		DIFERENCIA EN CAMBIO	

V. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☒ NO ☐

IMPORTACIONES ☒	EXPORTACIONES ☐	INVERSIONES ☐	Especifique cual: <div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 40px;"></div>
OPERACIONES DE REDESCUENTO ☐	LEASING ☐	TRASFERENCIAS ☐	
PRESTAMOS MODENA EXTRANJERA ☐	PAGOS SERVICIOS ☐	OTRAS ☐	

TIPO PRODUCTO	Nº DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO OPERACIÓN	CIUDAD	PAIS	MONEDA
COMPENSACIÓN	56432	BANCO DE BOGOTÁ	USD 600.000,00	MIAMI	ESTADOS UNIDOS	DÓLAR

VI. DECLARACIÓN DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Declaro expresamente que:

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

Desarrollo de la actividad principal

2. Las actividades realizadas por la Empresa se efectúan dentro del Marco Legal. Los recursos que posee NO provienen de actividades ilícitas de conformidad con el Código 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 información suministrada y de la cual soy titular ha sido obtenida de acuerdo con los parámetros establecidos legalmente.

5. Los recursos que se derivan del desarrollo de este contrato NO se destinaron a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

VII. DOCUMENTOS REQUERIDOS

- Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.
- Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
- Fotocopia del documento de identificación del Representante legal de la Empresa.
- Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado.
- Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.

APODERADO

Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.

VIII. AUTORIZACIÓN DE USO DE INFORMACIÓN

CONSIDERACIONES

- 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 estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
- Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 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 utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
- Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes.
- Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, enténdase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE, con Nit 900.949.048-4, 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 prestación 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 la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite 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 determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder 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) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío 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 dicha Entidad o por las encargadas del tratamiento que ella considere necesarias.

3. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas 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, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación 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 adelanten gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Pasocola, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN 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 harán 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 Nacional de 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 he sido obligado a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: 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 mí.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: 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 comparten, transfieren, transmiten, entregan o divulgan, 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, Bogotá DC, Teléfono 7560505 E-mail: dirfinanciera@subredsuroccidente.gov.co y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración 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 términos que nos fueron informados en el presente documento.

COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERDADERA EN TODOS SUS PÁRRAFOS Y EN EL PRESENTE DOCUMENTO

[Firma]

[Firma]
Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice 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					

2. Concepto **02** Actualización

4. Número de formulario

14741467418



(415)7707212489984(8020) 0000014741467418

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

8 0 0 0 7 7 6 3 5

1

Impuestos de Bogotá

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona jurídica

25. Tipo de documento

1

26. Número de identificación

27. Fecha expedición

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

L M INSTRUMENTS S A

36. Nombre comercial

37. Signa

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CR 68 D 25 B 86 OF 518

42. Correo electrónico

contador@minstruments.com.co

43. Código postal

44. Teléfono 1

4 2 7 2 0 0 0

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

4 6 5 9

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 3 0 1 2 9

Actividad secundaria

48. Código

6 4 9 9

49. Fecha inicio actividad

2 0 1 3 0 1 2 9

Otras actividades

50. Código

3 3 1 3 7 7 3 0

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 3 5 7 8 9 1 0 1 4 1 5 4 1 4 2 4 8 5 2

03- Impuesto al patrimonio

15- Autorretenedor

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

41- Declaración anual de activos en el exte

07- Retención en la fuente a título de rent

42- Obligado a llevar contabilidad

08- Retención timbre nacional

48- Impuesto sobre las ventas - IVA

09- Retención en la fuente en el impuesto

52- Facturador electrónico

10- Obligado aduanero

14- Informante de exogena



DIAN

DIAN

DIAN

DIAN

DIAN

DIAN

DIAN

DIAN

DIAN

DIAN

DIAN

DIAN

DIAN

DIAN

DIAN

DIAN

DIAN

DIAN

DIAN

DIAN

DIAN

DIAN

DIAN

DIAN

DIAN

DIAN

DIAN

DIAN

DIAN

DIAN

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

☒

60. No. de Folios:

0

61. Fecha

2021 - 02 - 16 / 12 : 07 : 59

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

GARCIA NAVARRETE DIANA CRISTINA

985. Cargo

Representante Legal Suplente Certificado

REPORTE

Nombre	Lm instruments s.a.
Número de identificación	800077635-1
Alias	
Fecha de reporte	Viernes 05 de Marzo del 2021, 12:12 pm
Estado consulta	No reportado
País	Colombia
Jurisdicción	-
Canal	-
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	RESULTADO
Consulta	0%	0%
País	5%	0%
Jurisdicción	5%	0%
Canal	5%	0%
Actividad	20%	20%
Producto	5%	5%
Origen de recursos	20%	8%
PERFIL DE RIESGO		33%
		67%

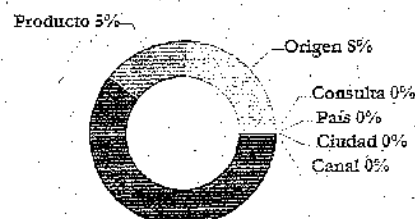
SEÑALES DE ALERTA

Sospechosa	Inusual	Intentada
------------	---------	-----------

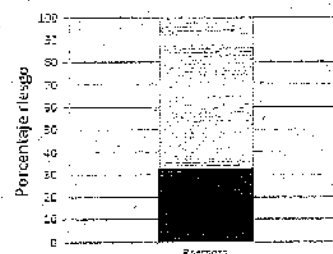
OBSERVACIONES:

Sin observaciones

Firma



Actividad 20%
Producto 5%
Origen 8%
Consulta 0%
País 0%
Ciudad 0%
Canal 0%



Evaluación 33%
Riesgo 67%

ÁREA PRECONTRACTUAL SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDEN

<http://www.sarlaftcol.com/app/app/webroot/LMINSTRUMENTSS.A.xls>

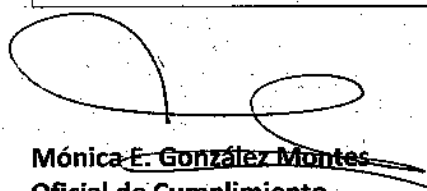
VERIFICACIÓN SARLAFT

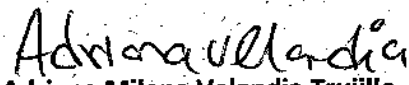
OBJETO: SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS DE ACUERDO CON LA DESCRIPCIÓN DEL ANEXO TÉCNICO, CON EL APOYO TECNOLÓGICO REQUERIDO, EN CADA UNA DE LAS UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD QUE CONFORMAN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

CP-003-2021

Bogotá, D.C., Marzo de 2021

CRITERIOS A EVALUAR	PROPONENTE
	SALAMANCA RAFAEL ANTONIO
	NIT: 17068260-3
CONDICIONES	CONDICIÓN
	SI/NO
1. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Jurídica, en cumplimiento de lo establecido	N/A
2. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Natural, Representante Legal, en cumplimiento de lo establecido en la Circular Externa N° 009 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud. NOTA 3: El formato SARLAFT presentado en la propuesta debe ir en formato PDF con firma y huella dactilar del representante legal, sin modificar la estructura del mismo.	SI
CRITERIO	HABILITADO


Mónica E. González Montes
Oficial de Cumplimiento


Adriana Milena Velandia Trujillo
Técnico Administrativo II

SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARLAFT *

FECHA: 2021-03-03 CIUDAD: BOGOTÁ D.C. 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 realización de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN LA EMPRESA (MARCA CON X)

PROVEEDOR ☒ PARTICULAR ☐ CONTRATISTA OPS ☐ SERVIDOR PÚBLICO ☐ OTRO ☐ CUAL: OTRO

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
SALAMANCA		RAFAEL	ANTONIO
TIPO DE IDENTIFICACION	No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐	17.068.260	BOGOTÁ D.C.	1963-12-10
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐	
FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1942-03-19	FIRAVOTOBA	COLOMBIA	COLOMBIANO
ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☒	1	5	3108649372

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA

MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐	CUAL:	PROFESION/ OFICIO
TECNICO ☒ TECNOLOGO ☐ OTRO ☐		COMERCIANTE
DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:
Calle 61 N° 53 - 16	Bogotá D.C.	Cundinamarca
PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA	
Colombia	2221090	

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA
licitaciones1@ddb.com.co	www.ddb.com.co	PROPIA ☒ FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☐
DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:
Transv 93 N° 51 98 Bod 18	Bogotá D.C.	Cundinamarca
PAIS:	TELEFONO/FAX	
Colombia	7432597	

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
NIETO	FORERO	CLAUDIA	PATRICIA
TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐	51.637.590	Bogotá D.C.	25/08/1980
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL:	N/A	ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒ NO ☐	NACIONALIDAD: COLOMBIANA

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO ☐ ESTUDIANTE ☐ SOCIO ☐ CONTRATISTA ☐ PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐ EMPLEADO SOCIO ☐	HOGAR ☐ COMERCIANTE ☒	PENSIONADO ☐ EMPLEADO PÚBLICO ☐ OTRA... ☐	CUAL:	N/A
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA	SI ☒ NO ☐	IVA	SI ☒ NO ☐
			ICA	SI ☒ NO ☐
GRAN CONTRIBUYENTE	SI ☐ NO ☒	AGENTE RETENEDOR	SI ☒ NO ☐	AGENTE AUTORETENEDOR
				SI ☐ NO ☒
FUNCIONARIO PÚBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA		

SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	DEPOSITO DE DROGAS BOYACA	
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOSIERNO ☐ COMERCIAL ☒ SERVICIOS ☐ SALUD ☐	NIT 17.068.260-3
EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ LOGISTICA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☒	OTRA ☐ CUAL: N/A		
DIRECCION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO PAIS
Transv 95 51 98 Bod 18	7432597 / 3108649372	Bogotá D.C.	Cundinamarca Colombia
CARGO ACTUAL	Representante Legal - Gerente General	FECHA VINCULACION(AAAA/MM/DD)	08/11/1995

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD
50	123.829.261.117	4645	Comercialización de Productos Farmacéuticos	08/11/1995	PERSONA NATURAL

5. INFORMACIÓN FINANCIERA (S PESOS)

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES		AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*	10.388.179.011	OTROS EGRESOS*	9.256.207.687	OTROS ACTIVOS*	76.998.728.333	OTROS PASIVOS*	14.870.478.169
TOTAL INGRESOS	10.388.179.011	TOTAL EGRESOS	9.256.207.687	TOTAL ACTIVOS	76.998.728.333	TOTAL PASIVOS	14.870.478.169
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	
Comercialización de Productos Farmacéuticos y dispositivos Médicos		Comercialización de Productos Farmacéuticos y dispositivos Médicos		Comercialización de Productos Farmacéuticos y dispositivos Médicos		Comercialización de Productos Farmacéuticos y dispositivos Médicos	

6. REFERENCIAS PERSONALES

(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Macías	Sanchez	Monica	Alexandra
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
CRA 64 103 05 B LOS ANDES	Bogotá D.C.	Amistad	6242526

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Banco BEVA	Cuenta Corriente	35002401	Centro Empresarial Bogotá Av Chile	6471600

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS:

IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐ CUAL: N/A

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":

I. Que los recursos que entregue y entregará a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

Comercialización de productos farmacéuticos y dispositivos médicos.

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., se destinarán a actividades lícitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E..

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.
Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.
Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados financieros certificados + declaración de renta si es declarante. Nota: Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.
Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes)
 2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
 3. Fotocopia Inscripción en el Rit Distrital.
 4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
 5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
 6. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)
- APODERADO:** Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

10. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACION-EXPRESA PARA REPORTAR,CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES.

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 estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 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 utilización no requeriría 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 tratarán observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, enténdase 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 -y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:

A. 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 prestación de servicios de salud.

B. 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 la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Público, Contratista por OPS 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 determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder 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) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío 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 INFORMACIÓN:** Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas 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 derivadas de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación 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 celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

4. **TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN 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 harán 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 Nacional de 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 INFORMACIÓN:** 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 mí.

8. **RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN:** 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 Bogotá DC, teléfono 7560505 - e-mail dirfinanciera@subredsuoccidente.gov.co y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración 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 términos 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 INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERDICA EN TODAS SUS PARTES Y EN CONSTANCIA FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO.

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice 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:			

2. Concepto **02** Actualización

4. Número de formulario

14730126972



(415)7707212489984(8020) 0000014730126972

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

1 7 0 6 8 2 6 0 3

Impuestos de Bogotá

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

1 7 0 6 8 2 6 0

27. Fecha expedición

1 9 6 3 1 2 1 0

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

SALAMANCA

32. Segundo apellido

33. Primer nombre

RAFAEL

34. Otros nombres

ANTONIO

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

TV 93 51 98 BG 18 PAR EMPRES PTA DEL SOL

42. Correo electrónico

info@ddb.com.co

43. Código postal 1 1 1 0 7 1 0 6 2

44. Teléfono 1

7 4 3 2 5 9 7

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1 2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 3 5 7 9 1 0 1 4 2 4 8 5 2

03- Impuesto al patrimonio

48- Impuesto sobre las ventas - IVA

05- Impo. renta y compl. régimen ordinario

52- Facturador electrónico

07- Retención en la fuente a título de rent

09- Retención en la fuente en el impuesto

10- Obligado aduanero

14- Informante de exogena

42- Obligado a llevar contabilidad

Obligados aduaneros

Exportadores

54. Código 2 2 2 3

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

3

1

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

60. No. de Folios:

1

61. Fecha

2021 - 01 - 09 / 08 : 55 : 18

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 1825 de 2016

Firma del solicitante:

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

984. Nombre CAICEDO SUAREZ DAVID-ORLANDO

985. Cargo Analista II

REPORTE

Nombre	Salamanca rafael antonio
Número de identificación	17068260-3
Alias	
Fecha de reporte	Viernes 05 de Marzo del 2021, 12:19 pm
Estado consulta	No reportado
País	Colombia
Jurisdicción	-
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%	0%
Canal	5%	5%
Actividad	20%	20%
Producto	5%	5%
Origen de recursos	20%	8%
PERFIL DE RIESGO		38%
		62%

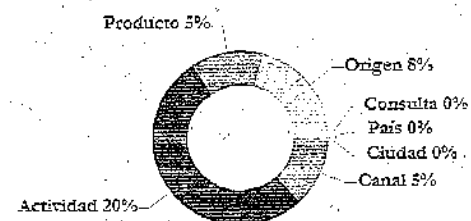
SEÑALES DE ALERTA

Sospechosa	Inusual	Intentada
------------	---------	-----------

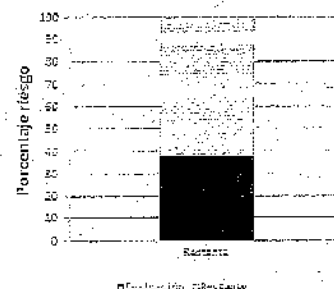
OBSERVACIONES:

Sin observaciones

Firma



Consulta 0% País 0% Ciudad 0% Canal 5% Actividad 20% Producto 5% Origen 8%



Identificación de Riesgo

ÁREA PRECONTRACTUAL SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDEN

<http://www.sarlaftcol.com/app/app/webroot/SALAMANCARAFELANTONIO.xls>



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
SUR OCCIDENTE ESE

VERIFICACIÓN SARLAFT

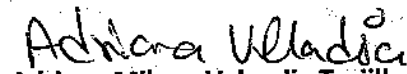
OBJETO: SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS DE ACUERDO CON LA DESCRIPCIÓN DEL ANEXO TÉCNICO, CON EL APOYO TECNOLÓGICO REQUERIDO, EN CADA UNA DE LAS UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD QUE CONFORMAN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

CP-003-2021

Bogotá, D.C., Marzo de 2021

CRITERIOS A EVALUAR	PROPONENTE
	ALFA TRADING S.A.S.
CONDICIONES	NIT: 830041488-7
	CONDICIÓN
	SI/NO
1. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Jurídica, en cumplimiento de lo establecido	N/A
2. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Natural, Representante Legal, en cumplimiento de lo establecido en la Circular Externa N° 009 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud. NOTA 3: El formato SARLAFT presentado en la propuesta debe ir en formato PDF con firma y huella dactilar del representante legal, sin modificar la estructura del mismo.	SI
CRITERIO	HABILITADO


Mónica E. González Montes
Oficial de Cumplimiento


Adriana Milena Velandia Trujillo
Técnico Administrativo II



2. Concepto **13** Actualización de oficio

4. Número de formulario

14729038259



(415)7707212489984(8020) 000001472903825 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

8 3 0 0 4 1 4 8 8

6. DV

7

12. Dirección seccional
Impuestos de Grandes Contribuyentes

14. Buzón electrónico

3 1

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona jurídica

25. Tipo de documento

1

26. Número de identificación

27. Fecha expedición

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

ALFA TRADING S.A.S.

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

39. Departamento

Bogotá D.C.

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CL 23 116 31 BG 1

42. Correo electrónico representantelegal@alfatrading.com.co

43. Código postal

44. Teléfono 1

4 2 8 3 9 6 6

45. Teléfono 2

3 0 4 6 1 0 2 8 3 6

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

4 6 4 5

47. Fecha inicio actividad

1 9 9 8 0 2 1 3

Actividad secundaria

48. Código

4 6 6 9

49. Fecha inicio actividad

2 0 2 0 0 1 0 1

Otras actividades

1

2

50. Código

8 2 9 2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

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 3 1 4 1 5 4 2 4 8 5 2

03- Impuesto al patrimonio

14- Informante de exogena

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

15- Autoretenedor

07- Retención en la fuente a título de rent

42- Obligado a llevar contabilidad

08- Retención timbre nacional

48- Impuesto sobre las ventas - IVA

09- Retención en la fuente en el impuesto

52- Ecturador electrónico

10- Obligado aduanero

13- Gran contribuyente

Obligados aduaneros

Exportadores

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

54. Código

2 2

2 3

3 7

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3

3

3

57. Modo

1

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

2020 - 12 - 28 / 22 : 12 : 36

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

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14729038259



(415)7707212489984(8020) 000001472903825 9

5. Número de identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

8 3 0 0 4 1 4 8 8 7

Impuestos de Grandes Contribuyentes

3 1

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza

2

63. Formas asociativas

1 2

64. Entidades e institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados.

67. Sociedades y organismos extranjeros

70. Beneficio

1

65. Fondos

66. Cooperativas

68. Sin personería jurídica

69. Otras organizaciones no clasificadas.

Constitución, Registro y Última Reforma

Composición del Capital

Documento

1. Constitución

2. Reforma

71. Clase

0 5

0 1

72. Número

3 3 0

7 6

73. Fecha

1 9 9 8 0 2 1 3

2 0 1 9 1 2 1 6

74. Número de notaría

5 3

0 3

75. Entidad de registro

0 3

0 3

76. Fecha de registro

1 9 9 8 0 2 2 4

2 0 1 9 1 2 3 0

77. No. Matricula mercantil

0 0 8 5 1 6 7 5

8 5 1 6 7 5

78. Departamento

1 1

1 1

79. Ciudad/Municipio

0 0 1

4

82. Nacional

1 0 0 %

83. Nacional público

0 0 %

84. Nacional privado

1 0 0 0 %

85. Extranjero

0 %

86. Extranjero público

0 0 %

87. Extranjero privado

0 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)

92. DV

1

8 0

2 0 1 6 0 1 0 1

2

2 1

2 0 1 2 0 3 0 1

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

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14729038259



(415)7707212489984(8020) 000001472903825 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

8. DV

12. Dirección seccional
Impuestos de Grandes Contribuyentes

3 1

14. Buzón electrónico

Representación

98. Representación REPRS LEGAL PRIN		99. Fecha inicio ejercicio representación 1 9 7 0 0 1 0 1	
100. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía	101. Número de identificación 1 3 7 9 5 0 1 6 0 2	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
104. Primer apellido ANGEL	105. Segundo apellido TURMEQUE	106. Primer nombre CIRO	107. Otros nombres HERNAN
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal	
98. Representación REPRS LEGAL SUPL		99. Fecha inicio ejercicio representación 1 9 7 0 0 1 0 1	
100. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía	101. Número de identificación 1 3 7 9 7 4 8 6 3 9	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
104. Primer apellido ANGEL	105. Segundo apellido TURMEQUE	106. Primer nombre OSCAR	107. Otros nombres LEONARDO
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal	
98. Representación REPRESENTANTE ADUANERO		99. Fecha inicio ejercicio representación 2 0 1 7 0 3 1 4	
100. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía	101. Número de identificación 1 3 1 0 3 3 6 8 0 7 8 7	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
104. Primer apellido LARA	105. Segundo apellido ESPITIA	106. Primer nombre CLAUDIA	107. Otros nombres BRYI
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal	
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	
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	

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14729038259



(415)7707212489984(8020) 000001472903825 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

8 3 0 0 4 1 4 8 8

7

Impuestos de Grandes Contribuyentes

3 1

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal	124. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía	125. Número de identificación 1 0 1 3 6 2 1 4 4 3	126. DV	127. Número de tarjeta profesional 2 1 9 0 4 3 T
	128. Primer apellido MORENO	129. Segundo apellido BARBOSA	130. Primer nombre ADRIANA	131. Otros nombres LIZETH
	132. Número de Identificación Tributaria (NIT) 8 3 0 0 9 0 7 3 4	133. DV 3	134. Sociedad o firma designada AUREN CONSULTORES S.A.S.	
	135. Fecha de nombramiento 2 0 1 8 0 5 3 0			
Revisor fiscal suplente	136. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía	137. Número de identificación 9 3 3 9 2 1 9 2	138. DV	139. Número de tarjeta profesional 5 6 4 0 3 T
	140. Primer apellido CHARRY	141. Segundo apellido MEJIA	142. Primer nombre JOSE	143. Otros nombres DIEGO
	144. Número de Identificación Tributaria (NIT) 8 3 0 0 9 0 7 3 4	145. DV 3	146. Sociedad o firma designada AUREN CONSULTORES S.A.S.	
	147. Fecha de nombramiento 2 0 1 8 1 0 0 5			
Contador	148. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía	149. Número de identificación 1 0 2 2 3 3 9 8 0 3	150. DV	151. Número de tarjeta profesional 1 4 6 6 1 8 T
	152. Primer apellido RODRIGUEZ	153. Segundo apellido RAMIREZ	154. Primer nombre MONICA	155. Otros nombres LORENA
	156. Número de Identificación Tributaria (NIT)	157. DV	158. Sociedad o firma designada	
	159. Fecha de nombramiento 2 0 1 0 0 1 0 7			

Detalles de mensaje

Referencia interna: CP-003-2021
Descripción del proceso: SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS DE ACUERDO CON LA DESCRIPCIÓN DEL ANEXO TÉCNICO, CON EL APOYO TECNOLÓGICO
De: ALFA TRADING SAS
Usuario: CIRO HERNAN ANGEL TURMEQUE
Fecha: 25 minutos de tiempo transcurrido (3/03/2021 12:27:49 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
Para: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE.
Referencia del mensaje: CO1.MSG.2384702
Tipo de mensaje: General
Asunto: RE: SUBSANACIÓN DOCUMENTO SARLAFT

Anexos	Documento	Nombre del documento	Detalle
	SARLAF.pdf	SARLAF.pdf	

Texto de mensaje

Buenas Tardes

Por medio del presente dando respuesta a la solicitud de subsanacion adjunto enviamos documento requerido

Quedando atentos a comentarios e inquietudes

Cordial Saludo

ALFA TRADING S.A.S

3/8/2021 12:07:36 PM SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE.

Buen día

Cordial saludo, teniendo en cuenta lo establecido en los pliegos de condiciones del proceso en curso CP-003-2021 (**CAPITULO 3 EVALUACIÓN DE LAS PROPUESTAS, numeral 3.7. SARLAFT – FACTOR HABILITADOR, 1. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Jurídica, en cumplimiento de lo establecido**) (**NOTA 3: El formato SARLAFT presentado en la propuesta debe ir en formato PDF con firma y huella dactilar del representante legal, sin modificar la estructura del mismo**); se revisa el formulario aportado por el proveedor y se evidencia que la huella dactilar no es legible.

Teniendo en cuenta lo anterior solicitamos respetuosamente se allegue el formulario SARLAFT debidamente diligenciado como lo indican los Pliegos del presente proceso, este formulario debe ser allegado el día de mañana 09 de marzo de 2021 antes de la 09:00 am; por medio de mensaje en el Sistema Electrónico de Contratación Pública Secop II.

SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARLAFT *

FECHA: 03/03/2021 CIUDAD: Bogotá D.C. DEPARTAMENTO: Cundinamarca

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter 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 Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

CLASE O TIPO DE VINCULACION LA EMPRESA (MARCA CON X)

☐ ASEGURADOR ☒ PROVEEDOR ☐ CONTRATISTA ☐ PARTICULAR ☐ OTRO CUAL:

I. DATOS DE LA PERSONA JURIDICA

RAZON SOCIAL: ALFA TRADING S.A.S. NIT: 830.041.488-7

REPRESENTANTE LEGAL: PRIMER APELLIDO ANGEL SEGUNDO APELLIDO TURMEQUE NOMBRES: CIRO HERNAN

CEDULA DE CIUDADANIA ☒ NUMERO: 79.501.602 LUGAR DE EXPEDICION: Bogotá D.C. FECHA EXPEDICION: 16 de Mayo de 1988

CEDULA DE EXTRANJERIA ☐ FECHA NACIMIENTO: 20 de Septiembre de 1986 LUGAR NACIMIENTO: Bogotá D.C. DEPARTAMENTO: Cundinamarca NACIONALIDAD (1): Colombiano NACIONALIDAD (2):

DIRECCION DOMICILIO PRINCIPAL: Calle 23 N° 116 - 31 Bodega 1 CIUDAD: Bogotá D.C. DEPARTAMENTO: Cundinamarca PAIS: Colombia TELEFONO/FAX: 4283966

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO: asis.licitaciones@alfatrading.com.co PORTAL/PAGINA INTERNET: www.alfasafe.com

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

TIPO DE EMPRESA: ACTIVIDAD ECONOMICA:

☐ PUBLICA ☐ INDUSTRIAL ☐ AGRICOLA ☐ SERVICIOS DE SALUD
☐ MIXTA ☒ COMERCIAL ☐ FARMACEUTICA ☐ SERVICIOS FINANCIEROS
☒ PRIVADA ☐ ASEGURADOR ☐ TRANSPORTES ☐ OTRA
☐ EXTRANJERA ☐ SERVICIOS

CUAL:

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE: RENTACREES ☐ IVA ☐ CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA: 4845 PRINCIPAL: SECUNDARIA: 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, APOORTE O PARTICIPACION

NOMBRE COMPLETO O RAZON SOCIAL (DE REQUERIR UTILICE ANEXO)	% PARTICIPACION	TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	

IV. INFORMACION FINANCIERA

INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	\$ 8.046.735.583	ACTIVOS TOTALES	\$ 103.323.418.099
INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES		PASIVOS TOTALES	\$ 38.157.223.741

EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	\$ 7.116.892.164,91	PATRIMONIO	\$ 65.166.194.357
EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES			
CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES:		DIFFERENCIA EN CAMBIO	
CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES:		DIFFERENCIA EN CAMBIO	

V. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☒ NO ☐

IMPORTACIONES ☒	EXPORTACIONES ☐	INVERSIONES ☐	Especifique cual:
OPERACIONES DE REDESCUENTO ☐	LEASING ☐	TRASFERENCIAS ☐	
PRESTAMOS MODENA EXTRANJERA ☐	PAGOS SERVICIOS ☐	OTRAS ☐	

TIPO PRODUCTO	Nº DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTOS OPERACIÓN	CIUDAD	PAIS	MONEDA

VI. DECLARACIÓN DEL ORIGEN DE LOS DINEROS / FONDOS

Declaro expresamente que:

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

Importación Comercialización y Distribución de Dispositivos Medicos y/o Insumos Medico Quirurgico

- Las actividades realizadas por la Empresa se efectúan dentro del Marco Legal. Los recursos que posee NO provienen de actividades ilícitas de conformidad con el Código Penal Colombiano.
- La información suministrada en este formulario es veraz y verificable, y me obliga a actualizarla cuando así se requiere.
- Cifras para apoderados: Certifico que toda la información suministrada y de la cual no soy titular ha sido obtenida de acuerdo con los parámetros establecidos legalmente.
- Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato NO se destinaron a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

VII. DOCUMENTOS REQUERIDOS

- Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.
- Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
- Fotocopia del documento de identificación del Representante legal de la Empresa.
- Fotocopia Declaración de Renta del último período gravable declarado.
- Estados Financieros del último período disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.

APODERADO

Ajuzga poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.

VIII. AUTORIZACIÓN DE USO DE INFORMACIÓN

CONSIDERACIONES

- 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 estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
- Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 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 utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
- Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratan observando las disposiciones legales vigentes.
- Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, entendiéndose 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:

- 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 prestación de servicios de salud.
 - 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 la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite 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 determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder 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) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de cuentas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío 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 INFORMACIÓN:** Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas 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, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación 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 adelanten gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UTA, Fasecolta, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.
- 4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES:** 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 harán 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 Nacional de 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.

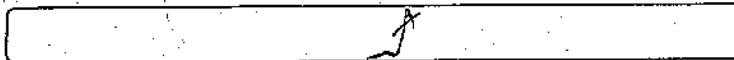
7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: 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 comparecen, transfieren, transmiten, entreguen o divulgan, en desarrollo de lo 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 2 No 39-16, Bogotá D.C., Teléfono 7560585 E-mail: dir.financiera@subredsuroccidente.gov.co y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración 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 autorizamos, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

IX. FIRMA Y BUJELA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE ME SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO



Firma Cliente / Representante Legal



Hoja número Dos

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			

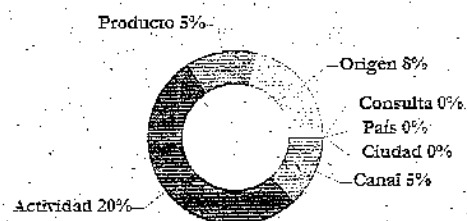
Nombre	Alfa trading s.a.s.
Número de identificación	830041488-7
Alias	
Fecha de reporte	Viernes 05 de Marzo del 2021, 12:23 pm
Estado consulta	No reportado
País	Colombia
Jurisdicción	-
Canal	Otros
Origen de recursos	Desarrollo de actividad
Producto	Alto
Lista	No se encontro en ninguna lista
Actividad económica	4645 comercio al por mayor de productos farmacéuticos, medicinales, cosméticos y de tocador.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

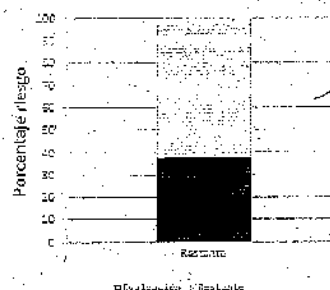
TIPO DE RELACIÓN	INDICADOR PROVEEDOR	RESULTADO
Consulta	0%	0%
País	5%	0%
Jurisdicción	5%	0%
Canal	5%	5%
Actividad	20%	20%
Producto	5%	5%
Origen de recursos	20%	8%
PERFIL DE RIESGO		38%
		62%

SEÑALES DE ALERTA

Sospechosa Inusual Intentada



Consulta 0% País 0% Ciudad 0% Canal 5% Actividad 20% Origen 8% Producto 5%



OBSERVACIONES:

Sin observaciones

Firma

ÁREA PRECONTRACTUAL SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDEN

<http://www.sarlaftcol.com/app/app/webroot/ALFATRADINGS:A.S..xls>

VERIFICACIÓN SARLAFT

OBJETO: SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS DE ACUERDO CON LA DESCRIPCIÓN DEL ANEXO TÉCNICO, CON EL APOYO TECNOLÓGICO REQUERIDO, EN CADA UNA DE LAS UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD QUE CONFORMAN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

CP-003-2021

Bogotá, D.C., Marzo de 2021

CRITERIOS A EVALUAR	PROPONENTE
	BECTON DICKINSON DE COLOMBIA LTDA
CONDICIONES	NIT: 860020309-6
	CONDICIÓN
	SI/NO
1. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Jurídica, en cumplimiento de lo establecido	N/A
2. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Natural, Representante Legal, en cumplimiento de lo establecido en la Circular Externa N° 009 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud. NOTA 3: El formato SARLAFT presentado en la propuesta debe ir en formato PDF con firma y huella dactilar del representante legal, sin modificar la estructura del mismo.	SI
CRITERIO	HABILITADO

Mónica E. González Montes
Oficial de Cumplimiento

Adriana Milena Velandia Trujillo
Técnico Administrativo II

SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARLAFT *

FECHA: 2021-03-02 **CIUDAD:** COTA **DEPARTAMENTO:** CUNDINAMARCA

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.3.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN A LA EMPRESA (MARCA CON X)

☐ ASEGURADOR ☒ PROVEEDOR ☐ CONTRATISTA ☐ PARTICULAR ☐ OTRO **CUAL:**

I. DATOS DE LA PERSONA JURÍDICA

RAZÓN SOCIAL:		BECTON DICKINSON DE COLOMBIA LTDA.		NIT:	860.020.309-6
REPRESENTANTE LEGAL:		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	NOMBRES:	
		CASTRO	RIVERA	CAROLINA	
CEDULA DE CIUDADANÍA	☒	NÚMERO:	LUGAR DE EXPEDICIÓN	FECHA EXPEDICIÓN	
CEDULA DE EXTRANJERÍA	☐	52.717.968	BOGOTÁ	10/4/2009	
FECHA NACIMIENTO	AAAA/MM/DD	LUGAR NACIMIENTO:	DEPARTAMENTO:	NACIONALIDAD (1):	NACIONALIDAD (2):
1982-02-27		BOGOTÁ	CUNDINAMARCA	COLOMBIANA	N/A
DIRECCIÓN DOMICILIO PRINCIPAL:		CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAÍS:	TELÉFONO/FAX
Vereda vuelta grande a 150 mts d e la Glorieta Sibarra Via Cota		Cota	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	7566060
CORREO ELECTRÓNICO DE CONTACTO:			PORTAL/PÁGINA INTERNET:		
licitaciones.col@bd.com			www.bd.com		
DIRECCIÓN SUCURSAL/AGENCIA:		CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAÍS:	TELÉFONO/FAX

TIPO DE EMPRESA:

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

☐ PÚBLICA	☐ INDUSTRIAL	☐ AGRÍCOLA	☐ SERVICIOS DE SALUD	CUAL:
☐ MIXTA	☒ COMERCIAL	☐ FARMACÉUTICA	☐ SERVICIOS FINANCIEROS	
☒ PRIVADA	☐ ASEGURADOR	☐ TRANSPORTES	☐ OTRA	
☐ EXTRANJERA	☐ SERVICIOS			
INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE:	RENTA/CREE	IVA	ICVA	CÓDIGOS CLU ACTIVIDAD ECONÓMICA
	☒ SI ☐ NO	☒ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO	4645 4659
GRAN CONTRIBUYENTE	☒ SI ☐ NO	AGENTE RETENEDOR	☐ SI ☒ NO	PRINCIPAL ☒ SECUNDARIA: ☒
			AGENTE AUTORETENEDOR	☐ SI ☒ NO

II. DECLARACIÓN PERSONA PÚBLICAMENTE EXPUESTA (PEPS)

POR SU CARGO O ACTIVIDAD ADMINISTRA O TIENE A SU CARGO EL MANEJO DE RECURSOS PÚBLICOS	SI ☐ NO ☒
POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUN GRADO O TIPO DE PODER PÚBLICO	SI ☐ NO ☒
POR SU ACTIVIDAD, OCUPACIÓN U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL	SI ☐ NO ☒
¿ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS DIFERENTE A COLOMBIA	SI ☐ NO ☒

Si contestó afirmativamente alguna de las anteriores preguntas, por favor, especifique:

III. IDENTIFICACIÓN DE ACCIONISTAS, SOCIOS, ASOCIADOS QUE SEAN TITULARES DE MÁS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APOORTE O PARTICIPACIÓN

NOMBRE COMPLETO O RAZÓN SOCIAL (DE REQUERIR UTILICE ANEXO)	% PARTICIPACIÓN	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACIÓN
BECTON DICKINSON WORWIL DE INVESTMENT SARL	99.00%	C.C. ☐ C.E. ☐ T.L. ☐ NIT ☒ OTRO ☐	901343.719-7
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.L. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.L. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.L. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	

IV. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	12,727,553,000	ACTIVOS TOTALES	144,786,817,000
INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	3,265,416	PASIVOS TOTALES	82,979,022,000

EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	12.602.106,417	PATRIMONIO	64.413.149,000
EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES			
CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES:		DIFERENCIA EN CAMBIO	
CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES:		DIFERENCIA EN CAMBIO	

V. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☒ NO ☐

IMPORTACIONES ☒	EXPORTACIONES ☒	INVERSIONES ☐	Especifique cual: <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
OPERACIONES DE REDESCUENTO ☐	LEASING ☐	TRANSFERENCIAS ☒	
PRÉSTAMOS MODENA EXTRANJERA ☐	PAGOS SERVICIOS ☐	OTRAS ☐	

TIPO PRODUCTO	Nº DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO OPERACIÓN	CIUDAD	PAIS	MONEDA
CTA COMPENSACION	36189124	CITIBANK	3,000	NEWYORK	EEUU	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 operación, oficio, actividad o negocio):

Venta de dispositivos médicos e insumos para laboratorio

2. Las actividades realizadas por la Empresa se efectúan dentro del Marco Legal. Los recursos que posee NO provienen de actividades ilícitas de conformidad con el Código Penal Colombiano.

3. La información suministrada en este formulario es veraz y verificable, y me obligo a actualizarla cuando así se requiera.

4. Clausula para apoderados: Certifico que toda la información suministrada y de la cual no soy titular ha sido obtenida de acuerdo con los parámetros establecidos legalmente.

5. Los recursos que se derivan del desarrollo de este contrato NO se destinaran a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

VII. DOCUMENTOS REQUERIDOS

- Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a sesenta (60) días, expedido por la Cámara de Comercio.
- Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
- Fotocopia del documento de identificación del Representante legal de la Empresa.
- Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado.
- Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.

APODERADO
Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.

VIII. AUTORIZACION DE USO DE INFORMACION

CONSIDERACIONES

- 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 estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
- Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que busquen la protección de datos personales y que se encuentran contenidas 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 la financiación del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
- Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratan observando las disposiciones legales vigentes.
- Que los datos también serán usados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, enténdase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE, con N° 999 959-048-4, ubicada en la Calle 9 No 39-46, teléfono 7560503. 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 comprenda las actividades de prestación 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 la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite 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 determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que implique la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder 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) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío 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 regulaciones 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 cada 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 finalidad mencionada a: a) Las personas jurídicas 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 derivadas de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación 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 adelanten gestiones para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UAF, Facsolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticas.

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 harán 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 artículo 20 del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, rigen los mismos.

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.

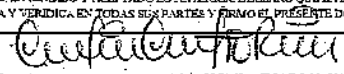
7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1531 de 2012. En especial, el derecho a acceder, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACIONES: 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 anexo de esta autorización. En todo caso, los encargados del tratamiento de las datos que se comparten, transfieren, transmiten, entreguen o divulgan, en desarrollo de lo previsto en el literal a) 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 y No 39-16, Bogotá D.C., Teléfono 7569505 E-mail: atfinanciera@subredsuroccidente.gov.co y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración 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 autorizamos, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

IX. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO
 ES EXACTA Y VERDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO


 CAROLINA CASTRO RIVERA - REPRESENTANTE LEGAL SUPLENTE



Firma Cliente / Representante Legal

Huella Índice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA				XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION			
1. Fecha		2. Ciudad		1. Fecha		2. Ciudad	
3. Nombre del funcionario u 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							

2. Concepto **02** Actualización

4. Número de formulario

14679211378



(415)7707212489984(8020) 0000014679211378

5. Número de identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional
Impuestos de Grandes Contribuyentes

14. Buzón electrónico

8 6 0 0 2 0 3 0 9

6

3 1

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona jurídica

25. Tipo de documento

1

26. Número de identificación

27. Fecha expedición

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

BECTON DICKINSON DE COLOMBIA LTDA

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

39. Departamento

Cundinamarca

40. Ciudad/Municipio

Cota

41. Dirección principal

VDA VUELTA GRANDE A 150 MTS DE LA GLORIETA DE SIBERIA VIA COTA

42. Correo electrónico

diego.rivera@bd.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

7 5 6 6 0 6 0

45. Teléfono 2

3 1 6 3 4 2 6 6 0 8

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

4 6 4 5

47. Fecha inicio actividad

1 9 6 7 0 7 0 7

Actividad secundaria

48. Código

4 6 5 9

49. Fecha inicio actividad

1 9 6 7 0 7 0 6

Otras actividades

50. Código

4 6 6 9 3 3 1 2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 3 5 7 9 1 0 1 3 1 4 1 5 1 8 2 6 4 1 4 2 4 8 5 2

03- Impuesto al patrimonio

15- Autorretenedor

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

18- Precios de transferencia

07- Retención en la fuente a título de renta

26- Declaración individual precios de tran

09- Retención en la fuente en el impuesto

41- Declaración anual de activos en el exte

10- Obligado aduanero

42- Obligado a llevar contabilidad

13- Gran contribuyente

48- Impuesto sobre las ventas - IVA

14- Informante de exogena

52 - Facturador electrónico

Obligados aduaneros

Exportadores

54. Código 2 3 2 2 3 7 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

55. Forma 1 56. Tipo 3 57. Modo 1 58. CPC 8 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

2020 - 01 - 22

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: AMBROSI DOS SANTOS FELIPE

985. Cargo: Representante legal Certificado

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14679211378



(415)7707212489984(8020) 0000014679211378

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

8 6 0 0 2 0 3 0 9 6

Impuestos de Grandes Contribuyentes

3 1

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza

2

63. Formas asociativas

1 0

65. Fondos

66. Cooperativas

68. Sin personería jurídica

69. Otras organizaciones no clasificadas

64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados
67. Sociedades y organismos extranjeros
70. Beneficio

1

Constitución, Registro y Última Reforma

Composición del Capital

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 5	0 5
72. Número	3 0 1 5	9 1 0 0
73. Fecha	1 9 6 7 0 7 0 6	2 0 1 6 0 9 1 3
74. Número de notaría	1 0	3 8
75. Entidad de registro	0 3	0 3
76. Fecha de registro	1 9 6 7 0 7 1 3	2 0 1 6 0 9 2 7
77. No. Matricula mercantil	1 6 2 3 0	1 6 2 3 0
78. Departamento	1 1	1 1
79. Ciudad/Municipio	0 0 1	4
Vigencia		
80. Desde	1 9 6 7 0 7 0 6	2 0 1 6 0 9 1 3
81. Hasta	2 0 8 6 0 6 0 2	2 0 8 6 0 6 0 2

82. Nacional	0 %
83. Nacional público	0 . 0 %
84. Nacional privado	0 . 0 %
85. Extranjero	1 0 0 %
86. Extranjero público	0 . 0 %
87. Extranjero privado	1 0 0 . 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)	92. DV
1	7 9	2 0 1 4 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
2	BECTON DICKINSON	9 0 1 3 4 3 7 1 9 7	
97. Nombre o razón social de la matriz o controlante			
BECTON DICKINSON WORLDWIDE INVESTMENT SARL			
170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	
B162974	LUXEMBURGO	4 4 5	
173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP			

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14679211378



(415)7707212489984(8020) 0000014679211378

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional
Impuestos de Grandes Contribuyentes

3

14. Buzón electrónico

Representación

98. Representación REPRS LEGAL PRIN	1 8	99. Fecha inicio ejercicio representación 2 0 1 8 0 5 2 8
100. Tipo de documento Cédula de Extranjeri 2 2	101. Número de identificación 7 8 7 8 9 6	102. DV 103. Número de tarjeta profesional
104. Primer apellido AMBROSI	105. Segundo apellido DOS SANTOS	106. Primer nombre FELIPE
107. Otros nombres		
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal
98. Representación APOD. ESPECIAL	0 6	99. Fecha inicio ejercicio representación 2 0 1 7 0 6 2 7
100. Tipo de documento Cédula de Ciudadan 1 3	101. Número de identificación 5 2 7 1 7 9 6 8	102. DV 103. Número de tarjeta profesional
104. Primer apellido CASTRO	105. Segundo apellido RIVERA	106. Primer nombre CAROLINA
107. Otros nombres XIMENA		
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal
98. Representación REPRS LEGAL SUPL	1 9	99. Fecha inicio ejercicio representación 2 0 1 7 0 6 2 7
100. Tipo de documento Cédula de Ciudadan 1 3	101. Número de identificación 5 2 7 1 2 8 3 4	102. DV 103. Número de tarjeta profesional
104. Primer apellido VILLAMIL	105. Segundo apellido PADILLA	106. Primer nombre DIANA
107. Otros nombres CAROLINA		
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal
98. Representación REPRESENTANTE ADUANERO	2 2	99. Fecha inicio ejercicio representación 2 0 2 0 0 1 2 2
100. Tipo de documento Cédula de Ciudadan 1 3	101. Número de identificación 1 0 2 6 2 6 5 8 1 9	102. DV 103. Número de tarjeta profesional
104. Primer apellido GONZALEZ	105. Segundo apellido SEPULVEDA	106. Primer nombre LUIS
107. Otros nombres GUILLERMO		
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal
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

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14679211378



(415)7707212489984(8020) 000001467921137 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional
Impuestos de Grandes Contribuyentes

14. Buzón electrónico

8 6 0 0 2 0 3 0 9 6

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

111. Tipo de documento NIT	112. Número de identificación 3 1 8 0 0 0 0 7 4 7 5	113. DV 9	114. Nacionalidad COLOMBIA	116. Otros nombres 1 6 9
115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres	
119. Razón social BECTON DICKINSON AND COMPANY				
120. Valor capital del socio 5,806,660	121. % Participación 0 . 0 8	122. Fecha de ingreso 1 9 8 7 0 7 2 4	123. Fecha de retiro	
111. Tipo de documento NIT	112. Número de identificación 3 1 9 0 1 3 4 3 7 1 9	113. DV 7	114. Nacionalidad LUXEMBURGO	116. Otros nombres 4 4 5
115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres	
119. Razón social BECTON DICKINSON WORLDWIDE INVESTMENT SARL				
120. Valor capital del socio 7,359,263,710	121. % Participación 9 9 . 9 2	122. Fecha de ingreso 2 0 1 1 0 9 2 6	123. Fecha de retiro	
111. Tipo de documento NIT	112. Número de identificación 3 1 8 6 0 0 2 0 3 0 9	113. DV 6	114. Nacionalidad COLOMBIA	116. Otros nombres 1 6 9
115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres	
119. Razón social BECTON DICKINSON DE COLOMBIA LTDA				
120. Valor capital del socio 260,000	121. % Participación 0	122. Fecha de ingreso 1 9 8 7 1 0 0 6	123. Fecha de retiro	
111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad	116. Otros nombres
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	
111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad	116. Otros nombres
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	

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14679211378



(415)7707212489984(8020) 0000014679211378

5. Número de identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

8 6 0 0 2 0 3 0 9 | 6

Impuestos de Grandes Contribuyentes

3 1

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal	124. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía	125. Número de identificación 1 3 7 9 1 5 0 9 7 6	126. DV	127. Número de tarjeta profesional 1 8 9 5 4 T
	128. Primer apellido CORAL	129. Segundo apellido RINCON	130. Primer nombre ALVARO	131. Otros nombres MAURICIO
	132. Número de identificación Tributaria (NIT) 8 6 0 0 0 8 8 9 0 5	133. DV	134. Sociedad o firma designada ERNST & YOUNG AUDIT S A S	
	135. Fecha de nombramiento 2 0 0 2 0 7 2 9			
Revisor fiscal suplente	136. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía	137. Número de identificación 1 3 1 0 1 9 0 1 4 7 3 8	138. DV	139. Número de tarjeta profesional 1 5 6 9 7 5 T
	140. Primer apellido LONDOÑO	141. Segundo apellido CADENA	142. Primer nombre ANDRES	143. Otros nombres MAURICIO
	144. Número de identificación Tributaria (NIT) 8 6 0 0 0 8 8 9 0 5	145. DV	146. Sociedad o firma designada ERNST & YOUNG AUDIT S A S	
	147. Fecha de nombramiento 2 0 1 9 0 6 1 3			
Contador	148. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía	149. Número de identificación 1 3 1 0 2 6 2 6 4 8 7 6	150. DV	151. Número de tarjeta profesional 1 5 8 2 7 0 T
	152. Primer apellido RIVERA	153. Segundo apellido MONTENEGRO	154. Primer nombre DIEGO	155. Otros nombres
	156. Número de identificación Tributaria (NIT)	157. DV	158. Sociedad o firma designada	
	159. Fecha de nombramiento 2 0 1 8 1 0 1 7			

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14679211378



(415)7707212489984(8020) 000001467921137 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

8 6 0 0 2 0 3 0 9 6

Impuestos de Grandes Contribuyentes

3 1

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

160. Tipo de establecimiento

Oficina

0 8

161. Actividad económica

Comercio al por mayor de productos químicos básicos, cauchos y plásticos

4 6 6 4

162. Nombre del establecimiento

BECTON DICKINSON DE COLOMBIA LTDA

163. Departamento

Cundinamarca

2 5

164. Ciudad/Municipio

Cota

2 1 4

165. Dirección

VDA VUELTA GRANDE A 150 MTS DE LA GLORIETA DE SIBERIA VIA COTA BG 56 Y 57

166. Número de matrícula mercantil

1 6 2 3 0

167. Fecha de la matrícula mercantil

1 9 7 2 0 4 1 8

168. Teléfono

7 5 6 6 0 6 0

169. Fecha de cierre

160. Tipo de establecimiento

161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento

163. Departamento

164. Ciudad/Municipio

165. Dirección

166. Número de matrícula mercantil

167. Fecha de la matrícula mercantil

168. Teléfono

169. Fecha de cierre

160. Tipo de establecimiento

161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento

163. Departamento

164. Ciudad/Municipio

165. Dirección

166. Número de matrícula mercantil

167. Fecha de la matrícula mercantil

168. Teléfono

169. Fecha de cierre

REPORTE

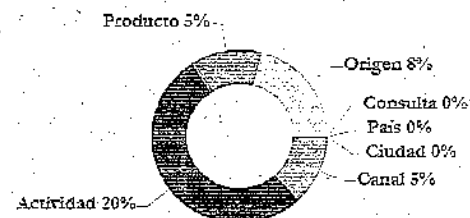
Nombre	Becton dickinson de colombia ltda
Número de identificación	860020309-6
Alias	
Fecha de reporte	Viernes 05 de Marzo del 2021, 12:46 pm
Estado consulta	No reportado
País	Colombia
Jurisdicción	-
Canal	Otros
Origen de recursos	Desarrollo de actividad
Producto	Alto
Lista	No se encontro en ninguna lista
Actividad económica	4645 comercio al por mayor de productos farmacéuticos, medicinales, cosméticos y de tocador.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

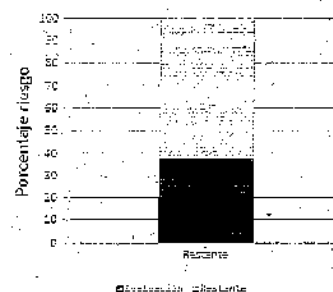
TIPO DE RELACIÓN	INDICADOR PROVEEDOR	RESULTADO
Consulta	0%	0%
País	5%	0%
Jurisdicción	5%	0%
Canal	5%	5%
Actividad	20%	20%
Producto	5%	5%
Origen de recursos	20%	8%
PERFIL DE RIESGO		38%
		62%

SEÑALES DE ALERTA

Sospechosa Inusual Intentada



Consulta 0% País 0% Ciudad 0% Canal 5% Actividad 20% Producto 5% Origen 8%



OBSERVACIONES:

Sin observaciones

Firma

ÁREA PRECONTRACTUAL SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDEN

<http://www.sarlaftcol.com/app/webroot/BECTONDICKINSONDECOLOMBIALTDA.xls>

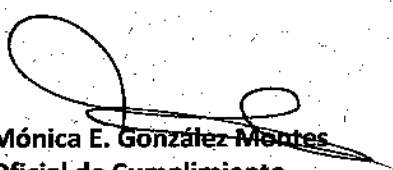
VERIFICACIÓN SARLAFT

OBJETO: SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS DE ACUERDO CON LA DESCRIPCIÓN DEL ANEXO TÉCNICO, CON EL APOYO TECNOLÓGICO REQUERIDO, EN CADA UNA DE LAS UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD QUE CONFORMAN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

CP-003-2021

Bogotá, D.C., Marzo de 2021

CRITERIOS A EVALUAR	PROPONENTE
	PROTEX S.A.S
CONDICIONES	NIT: 830051740-1
	CONDICIÓN
	SI/NO
1. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Jurídica, en cumplimiento de lo establecido	N/A
2. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Natural, Representante Legal, en cumplimiento de lo establecido en la Circular Externa N° 009 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud. NOTA 3: El formato SARLAFT presentado en la propuesta debe ir en formato PDF con firma y huella dactilar del representante legal, sin modificar la estructura del mismo.	SI
CRITERIO	HABILITADO


Mónica E. González Montes
Oficial de Cumplimiento


Adriana Milena Velandia Trujillo
Técnico Administrativo II

2. Concepto **02** Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14689253914



(415)7707212489984(8020) 0000014689253914

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

8 3 0 0 5 1 7 4 0 1

6. DV

1

12. Dirección seccional

Impuestos de Grandes Contribuyentes

14. Buzón electrónico

3 1

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona jurídica

25. Tipo de documento

1

26. Número de identificación

27. Fecha expedición

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

PROTEX S A S

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Cundinamarca

2 5

40. Ciudad/Municipio

Funza

2 8 6

41. Dirección principal

PAR INDUSTRIAL SAN JOSE BG 10 Y 11 MZ C KM 4 VIA FUNZA SIBERIA

42. Correo electrónico

contabilidad@protexsa.com.co

43. Código postal

44. Teléfono 1

5 9 2 5 5 4 4

45. Teléfono 2

8 2 6 7 7 5 0

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

2 2 1 9

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 3 0 1 2 9

Actividad secundaria

48. Código

4 6 4 5

49. Fecha inicio actividad

2 0 1 3 0 1 2 9

Otras actividades

50. Código

4 6 6 9

1

2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 3 5 7 9 1 0 1 3 1 4 1 5 4 2 4 8 5 2

03- Impuesto al patrimonio

15- Autorretenedor

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

42- Obligado a llevar contabilidad

07- Retención en la fuente a título de renta

48- Impuesto sobre las ventas - IVA

09- Retención en la fuente en el impuesto

52- Facturador electrónico

10- Obligado aduanero

13- Gran contribuyente

14- Informante de exogena

Obligados aduaneros

Exportadores

54. Código 2 3 2 2 3 7

55. Forma 3 56. Tipo 1 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

☐

60. No. de Folios:

4

61. Fecha

2020 - 03 - 30

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 REYES TRIVIÑO JULIAN

985. Cargo Gestor II

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14689253914



(415)7707212489984(8020) 0000014689253914

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

8 3 0 0 5 1 7 4 0 1

Impuestos de Grandes Contribuyentes

3 1

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

68. Sin personería jurídica

69. Otras organizaciones no clasificadas

70. Beneficio

1

Constitución, Registro y Última Reforma

Composición del Capital

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 5	0 1
72. Número	2 7 7 6	4 3
73. Fecha	1 9 9 8, 1 1, 1 8	2 0 1 7, 0 8, 3 1
74. Número de notaría	1 0	
75. Entidad de registro	0 3	0 3
76. Fecha de registro	1 9 9 8, 1 1, 2 4	2 0 1 7, 1 2, 0 7
77. No. Matrícula mercantil	9 0 5 4 8 6	6 8 3 9 4
78. Departamento	1 1	2 5
79. Ciudad/Municipio	0 0 1	4 7
Vigencia		
80. Desde	1 9 9 8, 1 1, 1 8	2 0 1 7, 0 8, 3 1
81. Hasta	2 0 2 8, 1 1, 1 8	2 0 2 8, 1 1, 1 8

82. Nacional	1 0 0 %
83. Nacional público	0 0 %
84. Nacional privado	1 0 0 0 %
85. Extranjero	0 %
86. Extranjero público	0 0 %
87. Extranjero privado	0 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)	92. DV
1	7 9	2 0 1 5, 0 1, 0 1		
2	2 1	2 0 1 7, 0 8, 3 1		
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			

Espacio reservado para la DIAN.

4. Número de formulario

14689253914



(415)7707212489984(8020) 0000014689253914

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional
Impuestos de Grandes Contribuyentes

14. Buzón electrónico

Representación

98. Representación REPRS LEGAL PRIN		99. Fecha inicio ejercicio representación 2 0 1 6 0 8 2 9	
100. Tipo de documento Cédula de Ciudadan	101. Número de identificación 1 3 7 9 9 1 1 7 0 8	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
104. Primer apellido CARVAJAL	105. Segundo apellido BERNAL	106. Primer nombre GABRIEL	107. Otros nombres ALEXANDER
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal	
98. Representación REPRS LEGAL SUPL		99. Fecha inicio ejercicio representación 2 0 1 7 1 2 0 7	
100. Tipo de documento Cédula de Ciudadan	101. Número de identificación 1 3 7 1 7 2 2 1 3	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
104. Primer apellido ESQUIVEL	105. Segundo apellido VILLABONA	106. Primer nombre OSCAR	107. Otros nombres JAVIER
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal	
98. Representación REPRS LEGAL SUPL		99. Fecha inicio ejercicio representación 2 0 1 8 0 9 0 4	
100. Tipo de documento Cédula de Ciudadan	101. Número de identificación 1 3 1 9 2 7 9 3 7 7	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
104. Primer apellido CARVAJAL	105. Segundo apellido NIÑO	106. Primer nombre GABRIEL	107. Otros nombres ORLANDO
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal	
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	
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	

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14689253914



(415)7707212489984(8020) 000001468925391 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

8 3 0 0 5 1 7 4 0 1

Impuestos de Grandes Contribuyentes

3 1

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal	124. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía	125. Número de identificación 3 5 3 5 3 6 9 1	126. DV 1	127. Número de tarjeta profesional 1 7 4 6 6 9 T
	128. Primer apellido VELOSA	129. Segundo apellido MONCADA	130. Primer nombre SADIA	131. Otros nombres MINELA
	132. Número de Identificación Tributaria (NIT)	133. DV	134. Sociedad o firma designada	
	135. Fecha de nombramiento 2 0 1 7 0 3 3 0			
Revisor fiscal suplente	136. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía	137. Número de identificación 5 2 9 1 1 2 4 2	138. DV 1	139. Número de tarjeta profesional 1 6 9 7 6 3 T
	140. Primer apellido FORERO	141. Segundo apellido BORBON	142. Primer nombre LEIDY	143. Otros nombres ESPERANZA
	144. Número de Identificación Tributaria (NIT)	145. DV	146. Sociedad o firma designada	
	147. Fecha de nombramiento 2 0 1 7 0 3 3 0			
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			

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14689253914



(415)7707212489984(8020) 000001468925391 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

8 3 0 0 5 1 7 4 0

6. DV

1

12. Dirección seccional

Impuestos de Grandes Contribuyentes

14. Buzón electrónico

3

1

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

160. Tipo de establecimiento

Establecimiento de comercio 0 2

161. Actividad económica

Comercio al por mayor de otros productos n.c.p.

4 6 6 9

162. Nombre del establecimiento

PROTEX S.A. FUNZA

163. Departamento

Cundinamarca

2 5

164. Ciudad/Municipio

Funza

2 8 6

165. Dirección

PAR INDUSTRIAL SAN JOSE BG 10 Y 11 MZ C KM 4 VIA FUNZA SIBERIA

166. Número de matrícula mercantil

6 9 8 8 2

167. Fecha de la matrícula mercantil

2 0 1 1 0 3 3 0

168. Teléfono

5 9 2 5 5 4 4

169. Fecha de cierre

160. Tipo de establecimiento

161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento

163. Departamento

164. Ciudad/Municipio

165. Dirección

166. Número de matrícula mercantil

167. Fecha de la matrícula mercantil

168. Teléfono

169. Fecha de cierre

160. Tipo de establecimiento

161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento

163. Departamento

164. Ciudad/Municipio

165. Dirección

166. Número de matrícula mercantil

167. Fecha de la matrícula mercantil

168. Teléfono

169. Fecha de cierre

Detalles de mensaje

Referencia interna: CP-003-2021
Descripción del proceso: SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS DE ACUERDO CON LA DESCRIPCIÓN DEL ANEXO TÉCNICO, CON EL APOYO TECNOLÓGICO
De: PROTEX S.A.S.
Usuario: FUERZA DE VENTAS PROTEX S.A.S
Fecha: 11 minutos de tiempo transcurrido (9/03/2021 10:24:59 AM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
Para: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE.
Referencia del mensaje: CO1.MSG.2387426
Tipo de mensaje: General
Asunto: RE: SOLICITUD DE FORMULARIO SARLAFT

Anexos	Documento	Nombre del documento	Detalle
	ANEXO SUR OCCIDENTE SARLAFT.pdf	ANEXO SUR OCCIDENTE SARLAFT.pdf	

Texto de mensaje

Cordial saludo

Por medio de la presente envío el formulario.

Quedo atenta

3/8/2021 12:11:25 PM SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE.

Buen día

Cordial saludo, teniendo en cuenta lo establecido en los pliegos de condiciones del proceso en curso CP-003-2021 (**CAPÍTULO 3 EVALUACIÓN DE LAS PROPUESTAS, numeral 3.7. SARLAFT – FACTOR HABILITADOR, 1. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Jurídica, en cumplimiento de lo establecido**) (**NOTA 3: El formato SARLAFT presentado en la propuesta debe ir en formato PDF con firma y huella dactilar del representante legal, sin modificar la estructura del mismo**); se revisa la documentación aportada por el proveedor y no se evidencia formulario SARLAFT.

Teniendo en cuenta lo anterior solicitamos respetuosamente se allegue el formulario SARLAFT debidamente diligenciado como lo indican los Pliegos del presente proceso, este formulario debe ser allegado el día de mañana 09 de marzo de 2021 antes de la 09:00 am, por medio de mensaje en el Sistema Electrónico de Contratación Pública Secop II.

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

FECHA: 2021-03-09 CIUDAD: BOGOTA DEPARTAMENTO: BOGOTA

Distiguado Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter 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 Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

CLASE O TIPO DE VINCULACION LA EMPRESA (MARCA CON X)

☐ ASEGURADOR ☒ PROVEEDOR ☐ CONTRATISTA ☐ PARTICULAR ☐ OTRO CUAL:

I. DATOS DE LA PERSONA JURIDICA

RAZON SOCIAL:	PROTEX SAS			NIT:	830051740-1
REPRESENTANTE LEGAL:	PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:	NOMBRES:		
	CARVAJAL	BERNAL	GABRIEL ALEXANDER		
CEDULA DE CIUDADANIA:	☒	NUMERO:	LUGAR DE EXPEDICION	FECHA EXPEDICION AAAA/MM/DD	
CEDULA DE EXTRANJERIA:	☐	79.911.708	BOGOTA	1996-MAYO-06	
FECHA NACIMIENTO AAAA/MM/DD	LUGAR NACIMIENTO:	DEPARTAMENTO:	NACIONALIDAD (1):	NACIONALIDAD (2):	
1905-MAYO31	BOGOTA	BOGOTA	COLOMBIANO		
DIRECCION DOMICILIO PRINCIPAL:	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX	
KM 4 vía siberia funza parque industrial san jose	FUNZA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	5925544	
CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:			PORTAL/PAGINA INTERNET:		
protexmedica07@gmail.com			www.protexsas.com.co		
DIRECCION SUCURSAL/AGENCIA:	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX	

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	ICA	CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
	☒ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO	☒ SI ☐ NO	4645	
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, APOORTE O PARTICIPACION

NOMBRE COMPLETO O RAZON SOCIAL (DE REQUERIR UTILICE ANEXO)	% PARTICIPACION	TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION
GABRIEL ALEXANDER CARVAJAL BERNAL	100,00%	C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ N.I. ☐ OTR. ☐	79.911.708
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ N.I. ☐ OTR. ☐	
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ N.I. ☐ OTR. ☐	
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ N.I. ☐ OTR. ☐	

IV. INFORMACION FINANCIERA

INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	5.507.340.685	ACTIVOS TOTALES	56.155.488.131
INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	6.736.196	PASIVOS TOTALES	28.243.500.114
EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	807.246.707	PATRIMONIO	



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 NO OPERACIONALES MENSUALES	157.667.470	
CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES:	DIFERENCIA EN CAMBIO	
CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES:	INTERESES	

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA:			V. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES:	
			SI ☒	NO ☐
IMPORTACIONES ☒	EXPORTACIONES ☒	INVERSIONES ☐	Especifique cual: <div></div>	
OPERACIONES DE REDESCUENTO ☐	LEASING ☐	TRASFERENCIAS ☐		
PRESTAMOS MODENA EXTRANJERA ☐	PAGOS SERVICIOS ☐	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, oficina, actividad o negocio):

IMPORTACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE INSUMOS MEDICO QUIRURGICOS

2. Las actividades realizadas por la Empresa se efectúan dentro del Marco Legal. Los recursos que posee NO provienen de actividades ilícitas de conformidad con el Código 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 información 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 destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

VII. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.
2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
3. Fotocopia del documento de identificación del Representante legal de la Empresa.
4. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado.
5. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.

APODERADO

Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.

VIII. AUTORIZACIÓN 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 estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidas 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 utilización no requeriría 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 tratan observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón 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 Cualquiera 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 prestación 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 la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite 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 determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder 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) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío 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 finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas 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, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación 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 celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la ULAF, Pasacolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

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 hacen 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 Nacional de Salud, exigen los mismos.

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 responderlos.

7. **DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN:** 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 mí.

8. **RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN:** 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 lo 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 2 No 39-46, Bogotá DC, Teléfono 7560505 E-mail: dirfinanciera@subredsuroccidente.gov.co) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración 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 términos que nos fueron informados en el presente documento.

9. FIRMA Y HUELLA

Yo, JHANA L. TORO LEITE, titular de la información, autorizo expresamente a 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 lo 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 2 No 39-46, Bogotá DC, Teléfono 7560505 E-mail: dirfinanciera@subredsuroccidente.gov.co) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.

Firma Cliente Representante Legal

Huella Índice 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			

REPORTE

Nombre	Protex s.a.s
Número de identificación	830051740-1
Alias	
Fecha de reporte	Viernes 05 de Marzo del 2021, 12:50 pm
Estado consulta	No reportado
País	Colombia
Jurisdicción	
Canal	Otros
Origen de recursos	Desarrollo de actividad
Producto	Alto
Lista	No se encontro en ninguna lista
Actividad económica	2219 fabricación de formas básicas de caucho y otros productos de caucho n.c.p.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

TIPO DE RELACIÓN	INDICADOR PROVEEDOR	RESULTADO
Consulta	0%	0%
País	5%	0%
Jurisdicción	5%	0%
Canal	5%	5%
Actividad	20%	16%
Producto	5%	5%
Origen de recursos	20%	8%
PERFIL DE RIESGO		34%
		66%

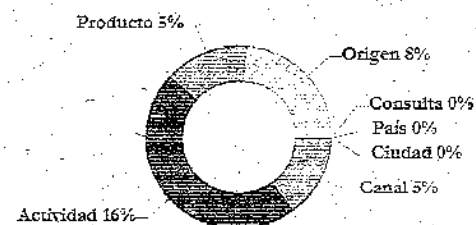
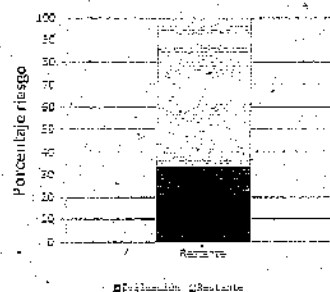
SEÑALES DE ALERTA

Sospechosa Inusual Intentada

OBSERVACIONES:

Sin observaciones

Firma



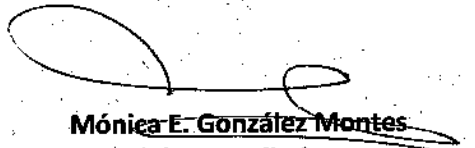
VERIFICACIÓN SARLAFT

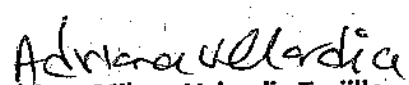
OBJETO: SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS DE ACUERDO CON LA DESCRIPCIÓN DEL ANEXO TÉCNICO, CON EL APOYO TECNOLÓGICO REQUERIDO, EN CADA UNA DE LAS UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD QUE CONFORMAN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

CP-003-2021

Bogotá, D.C., Marzo de 2021

CRITERIOS A EVALUAR	PROPONENTE
	COMPANHIA DE REPRESENTACIONES MEDICAS S A CTP MEDICA SA NIT: 800121151-5
CONDICIONES	CONDICIÓN
	SI/NO
1. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Jurídica, en cumplimiento de lo establecido	SI
2. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Natural, Representante Legal, en cumplimiento de lo establecido en la Circular Externa N° 009 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud. NOTA 3: El formato SARLAFT presentado en la propuesta debe ir en formato PDF con firma y huella dactilar del representante legal, sin modificar la estructura del mismo.	N/A
CRITERIO	HABILITADO


Mónica E. González Montes
Oficial de Cumplimiento


Adriana Milena Velandia Trujillo
Técnico Administrativo II

2. Concepto **0 2** Actualización

4. Número de formulario

14707110172



(415)7707212489984(8020) 0000014707110172

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

8 0 0 1 2 1 1 5 1

5

Impuestos de Bogotá

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona jurídica

25. Tipo de documento

1

26. Número de identificación

27. Fecha expedición

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

COMPANÍA DE REPRESENTACIONES MEDICAS S A C T P MEDICA S A

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Cundinamarca

2 5

40. Ciudad/Municipio

Cota

2 1 4

41. Dirección principal

KM 1 5 VIA SIBERIA -COTA POTRERO CHICO PAR EMPRESARIAL

42. Correo electrónico

contabilidad@ctpmedica.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

8 7 7 3 9 7 9

45. Teléfono 2

3 1 6 4 7 2 0 0 6 0

CLASIFICACIÓN

Actividad económica						Ocupación	52. Número establecimientos
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		51. Código	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1		2
4 6 5 9	1 9 9 1 0 3 0 5	4 6 4 5	1 9 9 1 0 3 0 5		6 8 1 0 3 3 1 3		

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	1	6	1	9	4	2	4	8	5	2								
03- Impuesto al patrimonio	16- Obligación facturar por ingresos bienes																										
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario	19- Productor de bienes y/o servicios exen																										
07- Retención en la fuente a título de rent	42- Obligado a llevar contabilidad																										
08- Retención timbre nacional	48- Impuesto sobre las ventas - IVA																										
09- Retención en la fuente en el impuesto	52- Facturador electrónico																										
10- Obligado aduanero																											
14- Informante de exogena																											

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
1	1	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

2020 - 08 - 31 / 08 : 50 : 10

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 PERDOMO MEZA CAROLINA

985. Cargo Representante legal Certificado

SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARLAFT *

FECHA:	2021-03-02	CIUDAD:	COTA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA
--------	------------	---------	------	---------------	--------------

Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización 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 Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

CLASE O TIPO DE VINCULACION LA EMPRESA (MARCA CON X)

☐ ASEGURADOR	☒ PROVEEDOR	☐ CONTRATISTA	☐ PARTICULAR	☐ OTRO	CUAL:
-------------------------------------	---	--------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------	-------

I DATOS DE LA PERSONA JURIDICA

RAZON SOCIAL:	COMPANIA DE REPRESENTACIONES MEDICAS S.A. CTP MEDICA S.A.			NIT:	800.121.151-5
REPRESENTANTE LEGAL:	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	NOMBRES:		
	PERDOMO	MEZA	CAROLINA		
CEDULA DE CIUDADANIA	☒	NUMERO:	LUGAR DE EXPEDICION	FECHA EXPEDICION AAAA/MM/DD	
CEDULA DE EXTRANJERIA	☐	52.691.210	BOGOTA D.C.	2/07/1997	
FECHA NACIMIENTO AAAA/MM/DD	LUGAR NACIMIENTO:	DEPARTAMENTO:	NACIONALIDAD (1):	NACIONALIDAD (2):	
1979-06-26	BOGOTA D.C.	CUNDINAMARCA	COLOMBIANA		
DIRECCION DOMICILIO PRINCIPAL:	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX	
KM 1.5 SIBERIA-COTA	COTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIANA	8773859- EXT.214	
CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:			PORTAL/PAGINA INTERNET:		
servicioalcliente@cto medica.com			www.ctpmedica.com		
DIRECCION SUCURSAL/AGENCIA:	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX	
N/A	N/A	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	(SI) ☐ IVA (NO) ☒	(SI) ☐ L.C.A. (NO) ☐	CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
				4659 4645	
				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. IDENTIFICACIÓN DE ACCIONISTAS, SOCIOS, ASOCIADOS QUE SEAN TITULARES DE MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APOORTE O PARTICIPACION

NOMBRE COMPLETO O RAZON SOCIAL (DE REQUERIR UTILICE ANEXO)	% PARTICIPACION	TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION
CAROLINA PERDOMO MEZA	20,00%	C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	52.691.210
CLAUDIA FERNANDAMEZA TOBON	20,00%	C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	51.558.579
GUILLERMO PERDOMO OROZCO	20,00%	C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	19.274.552



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

MARIA FERNANDA PERDOMO MEZA 20,00% C.C. ☒ C.R. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐ 52.992.190

IV. INFORMACION FINANCIERA

INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	1.586.227.000	ACTIVOS TOTALES	16.974.033.000
INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	720.278.000	PASIVOS TOTALES	7.089.707.000
EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	550.309.000	PATRIMONIO	9.884.326.000
EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	429.303.000		
CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES:	FINANCIEROS		
CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES:	FINANCIEROS		

V. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA:

SI ☒ NO ☐

IMPORTACIONES ☒	EXPORTACIONES ☐	INVERSIONES ☐
OPERACIONES DE REDESCUENTO ☐	LEASING ☐	TRASFERENCIAS ☐
PRESTAMOS MONEDA EXTRANJERA ☐	PAGOS SERVICIOS ☐	OTRAS ☐

Especifique cual:

TIPO PRODUCTO	No DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO OPERACIÓN	CIUDAD	PAIS	MONEDA
CUENTA AHORROS PYME ELITE	80100001224	BANCOLOMBIA	USDS300.000	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 Y COMERCIALIZACION DE DISPOSITIVOS MEDICOS Y EQUIPOS BIOMEDICOS

2. Las actividades realizadas por la Empresa se efectuan dentro del Marco Legal. Los recursos que posee NO provienen de actividades ilícitas de conformidad con el Código 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 información 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 destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

VII. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.
2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
3. Fotocopia del documento de identificación del Representante legal de la Empresa.
4. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado.
5. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.

APODERADO

Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.

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 estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 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 utilización no requeriría 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 tratarán observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón 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 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 prestación 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 la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite 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 determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder 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) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío 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 INFORMACIÓN:** Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas 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, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación 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 celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Pasceolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

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 harán 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 Nacional de 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 mí.

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 lo 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, Teléfono 7560505 E-mail: dirfinanciera@subredsuroccidente.gov.co y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada, para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.

9. **AUTORIZACION:** De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizo, de ser necesario, la transferencia nacional o internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

IX. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO



Firma Cliente / Representante Legal

Huella Índice 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			

REPORTE

Nombre	Ctp medica sa
Número de identificación	800121151-5
Alias	
Fecha de reporte	Lunes 08 de Marzo del 2021, 6:58 am
Estado consulta	No reportado
País	Colombia
Jurisdicción	-
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%	0%
Canal	5%	5%
Actividad	20%	20%
Producto	5%	5%
Origen de recursos	20%	8%
PERFIL DE RIESGO		38%
		62%

SEÑALES DE ALERTA

Sospechosa

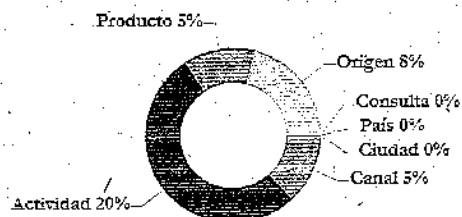
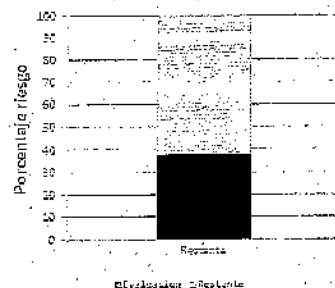
Inusual

Intentada

OBSERVACIONES:

Sin observaciones

Firma



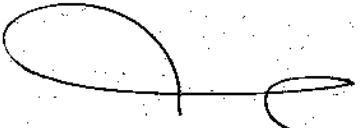
VERIFICACIÓN SARLAFT

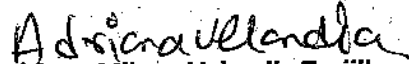
OBJETO: SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS DE ACUERDO CON LA DESCRIPCIÓN DEL ANEXO TÉCNICO, CON EL APOYO TECNOLÓGICO REQUERIDO, EN CADA UNA DE LAS UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD QUE CONFORMAN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

CP-003-2021

Bogotá, D.C., Marzo de 2021

CRITERIOS A EVALUAR	PROPONENTE
	SURGICON & CIA S.A.S.
CONDICIONES	NIT: 860519267-9
	CONDICIÓN
	SI/NO
1. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Jurídica, en cumplimiento de lo establecido	SI
2. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Natural, Representante Legal, en cumplimiento de lo establecido en la Circular Externa N° 009 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud. NOTA 3: El formato SARLAFT presentado en la propuesta debe ir en formato PDF con firma y huella dactilar del representante legal, sin modificar la estructura del mismo.	N/A
CRITERIO	HABILITADO


Mónica E. González Montes
Oficial de Cumplimiento


Adriana Milena Velandia Trujillo
Técnico Administrativo II

2. Concepto **02** Actualización

4. Número de formulario

14731625368



(415)7707212489984(8020) 0000014731625368

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

8 6 0 5 1 9 2 6 7

9

Impuestos de Bogotá

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona jurídica

25. Tipo de documento

1

26. Número de identificación

27. Fecha expedición

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

SURGICON & CIA S.A.S.

36. Nombre comercial

37. Signo

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Cundinamarca

2 5

40. Ciudad/Municipio

Cota

2 1 4

41. Dirección principal

CENTRO EMPRESARIAL DE OCCIDENTE KM 1 VIA SIBERIA COTA

42. Correo electrónico

info@surgicon.com.co

43. Código postal

0

44. Teléfono 1

8 9 6 6 5 5 5

45. Teléfono 2

7 5 5 0 0 9 9

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

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

☒

60. No. de Folios:

0

61. Fecha: 2021 - 01 - 20 / 11 : 17: 22

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 OYUELA FRANCO MARIA FERNANDA

985. Cargo Representante Legal Suplente Certificado

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14731625368



(415)7707212489984(8020) 000001473162536 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

8 6 0 5 1 9 2 6 7

6. DV

9

12. Dirección seccional
Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

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
67. Sociedades y organismos extranjeros
72. Beneficio

1

65. Fondos

66. Cooperativas

68. Sin personería jurídica

69. Otras organizaciones no clasificadas

Constitución, Registro y Última Reforma

Composición del Capital

Documento	1. Constitución	2. Reforma	
71. Clase	0 5	0 5	82. Nacional 1 0 0 %
72. Número	1 1 1 3	1 4 7 3	83. Nacional público 0 0 %
73. Fecha	1 9 8 4 0 4 2 4	2 0 0 9 0 5 2 2	84. Nacional privado 1 0 0 0 %
74. Número de notaría	3 2	4 0	85. Extranjero 0 %
75. Entidad de registro	0 3	0 3	86. Extranjero público 0 0 %
76. Fecha de registro	1 9 8 4 0 5 0 3	2 0 0 9 0 5 2 8	87. Extranjero privado 0 0 %
77. No. Matricula mercantil	0 0 2 1 0 9 4 7	0 0 2 1 0 9 4 7	
78. Departamento	1 1	1 1	
79. Ciudad/Municipio	0 0 1	4	
Vigencia			
80. Desde	1 9 8 4 0 4 2 4	2 0 0 3 0 6 0 5	
81. Hasta	2 0 2 3 0 6 0 5	2 0 2 3 0 6 0 5	

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)	92. DV
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			

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14731625368



(415)7707212489984(6020) 0000014731625368

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional
Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

Representación

98. Representación REPRS LEGAL PRIN		99. Fecha inicio ejercicio representación 1 8		1 9 7 0 0 1 0 1	
100. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía	101. Número de identificación 1 3	102. DV 1	103. Número de tarjeta profesional		
104. Primer apellido OYUELA	105. Segundo apellido ZEA	106. Primer nombre JOSE	107. Otros nombres ADOLFO		
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal			
98. Representación REPRS LEGAL SUPL		99. Fecha inicio ejercicio representación 1 9		1 9 7 0 0 1 0 1	
100. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía	101. Número de identificación 1 3	102. DV 5	103. Número de tarjeta profesional		
104. Primer apellido OYUELA	105. Segundo apellido FRANCO	106. Primer nombre MARIA	107. Otros nombres FERNANDA		
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal			
98. Representación REPRS LEGAL SUPL		99. Fecha inicio ejercicio representación 1 9		1 9 7 0 0 1 0 1	
100. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía	101. Número de identificación 1 3	102. DV 7	103. Número de tarjeta profesional		
104. Primer apellido OYUELA	105. Segundo apellido FRANCO	106. Primer nombre RICARDO	107. Otros nombres ADOLFO		
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal			
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			
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			

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14731625368



(415)7707212489984(8020) 000001473162536 8

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

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

111. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3	112. Número de identificación 1 7 0 7 9 4 4 2	113. DV 9	114. Nacionalidad COLOMBIA	1 6 9
115. Primer apellido OYUELA	116. Segundo apellido ZEA	117. Primer nombre JOSE	118. Otros nombres ADOLFO	
119. Razón social				
120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso 2 0 0 3 0 7 0 4	123. Fecha de retiro	
111. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3	112. Número de identificación 5 1 9 3 0 4 4 6	113. DV 6	114. Nacionalidad COLOMBIA	1 6 9
115. Primer apellido OYUELA	116. Segundo apellido FRANCO	117. Primer nombre MARIA	118. Otros nombres FERNANDA	
119. Razón social				
120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso 2 0 0 3 0 7 0 4	123. Fecha de retiro	
111. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3	112. Número de identificación 7 9 2 9 4 7 3 1	113. DV 1	114. Nacionalidad COLOMBIA	1 6 9
115. Primer apellido OYUELA	116. Segundo apellido FRANCO	117. Primer nombre RICARDO	118. Otros nombres ADOLFO	
119. Razón social				
120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso 2 0 0 3 0 7 0 4	123. Fecha de retiro	
111. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3	112. Número de identificación 2 8 5 9 2 7 0	113. DV 0	114. Nacionalidad COLOMBIA	1 6 9
115. Primer apellido OYUELA	116. Segundo apellido ZEA	117. Primer nombre EDUARDO	118. Otros nombres	
119. Razón social				
120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso 2 0 0 3 0 7 0 4	123. Fecha de retiro	
111. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3	112. Número de identificación 7 9 6 5 6 1 3 2	113. DV 2	114. Nacionalidad COLOMBIA	1 6 9
115. Primer apellido CORTES	116. Segundo apellido MEJIA	117. Primer nombre EDWIN	118. Otros nombres	
119. Razón social				
120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso 2 0 0 3 0 7 0 4	123. Fecha de retiro	

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14731625368



(415)7707212489984(8020) 0000014731625368

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

8 6 0 5 1 9 2 6 7 9

Impuestos de Bogotá

3 2

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

111. Tipo de documento Cédula de Ciudadana 1 3	112. Número de identificación 7 9 2 9 7 0 0 0	113. DV	114. Nacionalidad COLOMBIA	1 6 9
115. Primer apellido OLAYA	116. Segundo apellido OYUELA	117. Primer nombre JUAN	118. Otros nombres CARLOS	
119. Razón social				
120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso 2 0 0 3 - 0 7 0 4	123. Fecha de retiro	

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

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

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

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

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14731625368



(415)7707212489984(8020) 000001473162536 8

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

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal	124. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía	125. Número de identificación 1 3 5 2 0 6 0 7 9 5	126. DV	127. Número de tarjeta profesional 7 8 7 1 1 T
	128. Primer apellido INESTROZA	129. Segundo apellido PARRA	130. Primer nombre ALEYDA	131. Otros nombres
	132. Número de Identificación Tributaria (NIT)	133. DV	134. Sociedad o firma designada	
	135. Fecha de nombramiento 2 0 0 9 0 5 2 7			
Revisor fiscal suplente	136. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía	137. Número de identificación 1 3 8 0 2 2 9 5 7 7	138. DV	139. Número de tarjeta profesional 1 1 0 3 4 3 T
	140. Primer apellido TELLEZ	141. Segundo apellido GUZMAN	142. Primer nombre ASDRUBAL	143. Otros nombres OCTAVIO
	144. Número de Identificación Tributaria (NIT)	145. DV	146. Sociedad o firma designada	
	147. Fecha de nombramiento 2 0 0 9 0 5 2 7			
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			

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14731625368



(415)7707212489984(8020) 000001473162536 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

8 6 0 5 1 9 2 6 7

9

Impuestos de Bogotá

3 2

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

160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comercio 0 2	161. Actividad económica Comercio al por mayor de productos farmacéuticos, medicinales, cosméticos 4 6 4 5
162. Nombre del establecimiento SURGICON	
163. Departamento Cundinamarca 2 5	164. Ciudad/Municipio Cota 2 1 4
165. Dirección KM 1 VIA SIBERIA COTA COSTADO ORIENTAL	
166. Número de matrícula mercantil 0 0 2 5 9 1 3 8	167. Fecha de la matrícula mercantil 1 9 8 4 0 4 2 4
168. Teléfono 8 9 6 6 5 5 5	169. Fecha de cierre
160. Tipo de establecimiento	
161. Actividad económica	
162. Nombre del establecimiento	
163. Departamento	
164. Ciudad/Municipio	
165. Dirección	
166. Número de matrícula mercantil	
167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	
169. Fecha de cierre	
160. Tipo de establecimiento	
161. Actividad económica	
162. Nombre del establecimiento	
163. Departamento	
164. Ciudad/Municipio	
165. Dirección	
166. Número de matrícula mercantil	
167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	
169. Fecha de cierre	

SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARLAFT *

FECHA: 03 de Marzo de 2021 CIUDAD: Cota DEPARTAMENTO: Cundinamarca

Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter 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 Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN LA EMPRESA (MARCA CON X)

☐ ASEGURADOR ☒ PROVEEDOR ☐ CONTRATISTA ☐ PARTICULAR ☐ OTRO CUAL:

I DATOS DE LA PERSONA JURÍDICA

RAZÓN SOCIAL: SURGICON & CIA S.A.S. NIT: 860.519.267-9

REPRESENTANTE LEGAL: PRIMER APELLIDO: OYUELA SEGUNDO APELLIDO: FRANCO NOMBRES: MARIA FERNANDA

CEDULA DE CIUDADANÍA: ☒ NUMERO: LUGAR DE EXPEDICIÓN: FECHA EXPEDICIÓN: AAAA/MM/DD

CEDULA DE EXTRANJERÍA: ☐ 51.930.446 Bogotá 1987-03-27

FECHA NACIMIENTO: AAAA/MM/DD LUGAR NACIMIENTO: DEPARTAMENTO: NACIONALIDAD (C): NACIONALIDAD (C):
1969-02-13 Bogotá Cundinamarca Colombiana N/A

DIRECCIÓN DOMICILIO PRINCIPAL: CIUDAD: DEPARTAMENTO: PAIS: TELEFONO/FAX:
Centro Empresarial de Occidente Km 1 Via Cota Cundinamarca Colombia 8966555
Siberia - Cota

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO: PORTAL/PAGINA INTERNET:

info@surgicon.com.co

www.surgicon.com.co

DIRECCIÓN SUCURSAL/AGENCIA: CIUDAD: DEPARTAMENTO: PAIS: TELEFONO/FAX:
Centro Empresarial de Occidente Km 1 Via Cota Cundinamarca Colombia 8966555
Siberia - Cota

TIPO DE EMPRESA: ACTIVIDAD ECONOMICA:

☐ PUBLICA ☐ INDUSTRIAL ☐ AGRICOLA ☐ SERVICIOS DE SALUD
☐ MIXTA ☒ COMERCIAL ☐ FARMACEUTICA ☐ SERVICIOS FINANCIEROS
☒ PRIVADA ☐ ASEGURADOR ☐ TRANSPORTES ☐ OTRA
☐ EXTRANJERA ☐ SERVICIOS

CUAL:

INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE: RENTACREE: (SI) (NO) IVA: (SI) (NO) I.C.A. CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA: 4645 4659
PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☒

GRAN CONTRIBUYENTE: SI NO AGENTE RETENEDOR: SI NO AGENTE AUTORETENEDOR: SI NO

II. DECLARACIÓN PERSONA PUBLICAMENTE EXPUESTA (PEPE)

POR SU CARGO O ACTIVIDAD ADMINISTRA O TIENE A SU CARGO EL MANEJO DE RECURSOS PÚBLICOS SI NO ☒
POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUN GRADO O TIPO DE PODER PÚBLICO SI NO ☒
POR SU ACTIVIDAD, OCUPACIÓN U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL SI NO ☒
ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS DIFERENTE A COLOMBIA SI NO ☒

Si contestó afirmativamente alguna de las anteriores preguntas, por favor, especifique:

III. IDENTIFICACIÓN DE ACCIONISTAS, SOCIOS, ASOCIADOS QUE SEAN TITULARES DE MÁS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APOORTE O PARTICIPACIÓN

NOMBRE COMPLETO O RAZÓN SOCIAL (DE REQUERIR UTILICE ANEXO)	% PARTICIPACIÓN	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACIÓN
FRANCO & CIA S.A.S.	52,00%	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☒ OTRO ☐	860.504.103-4
ADOLFO OYUELA ZAE	10,00%	C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	17.079.442
MARIA FERNANDA OYUELA FRANCO	19,00%	C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	51.930.446
RICARDO ADOLFO OYUELA FRANCO	19,00%	C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	79.294.731

IV. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	1.398.985.250	ACTIVOS TOTALES	18.290.368.000
INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	25.413.833	PASIVOS TOTALES	3.216.619.000
EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	1.154.618.917	PATRIMONIO	15.073.749.000
EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	72.219.167		
CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES:		Ingresos por intereses bancarios	
CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES:		Gastos administrativos	

V. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☒ NO ☐

IMPORTACIONES ☒	EXPORTACIONES ☐	INVERSIONES ☐	Especifique cual: <div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 40px;"></div>
OPERACIONES DE REDESCUENTO ☐	LEASING ☐	TRASFERENCIAS ☐	
PRESTAMOS MODENA EXTRANJERA ☐	PAGOS SERVICIOS ☐	OTRAS ☐	

TIPO PRODUCTO	Nº DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO OPERACIÓN	CIUDAD	PAIS	MONEDA
Corriente	32519267-01	LABORATORIES ANIOS	900.000	1 rue de l'Espoir	Francia	USD
Corriente	32519267-01	SCANLAN GROUP, B.V.	500.000	SAINT PAUL	EE.UU	USD
Corriente	32519267-01	ALBERT BROWNE LTD.	400.000	cester LE5 1	Inglaterra	USD
Corriente	32519267-01	GEOTEK Medikal ve Saglik Hizmetleri	100.000	Ankara	Turquia	USD

VI. DECLARACIÓN 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 LA ACTIVIDAD ECONOMICA

2. Las actividades realizadas por la Empresa se efectúan dentro del Marco Legal. Los recursos que posee NO provienen de actividades ilícitas de conformidad con el Código Penal Colombiano.

3. La información suministrada en este formulario es veraz y verificable, y me obligo a actualizarla cuando así se requiera.

4. Clausula 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 financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

VII. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.

2. Fotocopia del Registro Único Tributario (RUT).

3. Fotocopia del documento de identificación del Representante legal de la Empresa.

4. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarada.

5. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.

APODERADO

Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público

VIII. AUTORIZACIÓN DE USO DE INFORMACIÓN

CONSIDERACIONES

- Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son recogidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y las autoridades internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
- Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidas 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 utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
- Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratan observando las disposiciones legales vigentes.
- Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, entendiéndose por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE, con Nit 900.959.048-1, 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.

Declara expresamente:

1. 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, suministraremos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.

2. 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 la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite 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 determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticos, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general, estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío 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 dicha Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidad mencionada a: a) Las personas jurídicas 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, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación 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 adelanten gestiones de parte efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, FiscoCol, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

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

5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativos las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán 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 Ética jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.

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

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: Que como titular de la información, me 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 mí.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: 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, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo 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, Bogotá DC, Teléfono 7560505 E-mail: dirfinanciera@subredsuroccidente.gov.co**) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.

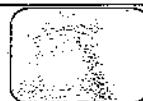
9. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizo, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

IX. FIRMA Y BUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE ME SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO



Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice 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			

REPORTE

Nombre	Surgicon & cia's.a.s.
Número de identificación	860519267-9
Alias	
Fecha de reporte	Lunes 08 de Marzo del 2021, 7:06 am
Estado consulta	No reportado
País	Colombia
Jurisdicción	-
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	RESULTADO
Consulta	PROVEEDOR 0%	0%
País	5%	0%
Jurisdicción	5%	0%
Canal	5%	5%
Actividad	20%	20%
Producto	5%	5%
Origen de recursos	20%	8%
PERFIL DE RIESGO		38%
		62%

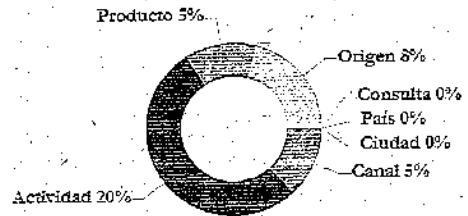
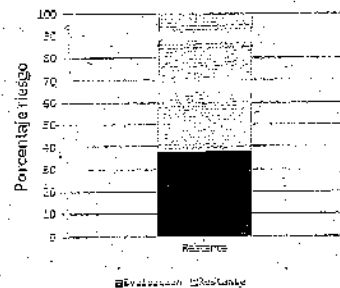
SEÑALES DE ALERTA

Sospechosa Inusual Intentada

OBSERVACIONES:

Sin observaciones

Firma





SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
SUR OCCIDENTE ESE

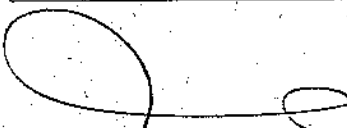
VERIFICACIÓN SARLAFT

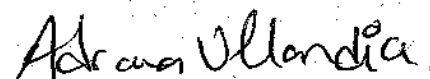
OBJETO: SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS DE ACUERDO CON LA DESCRIPCIÓN DEL ANEXO TÉCNICO, CON EL APOYO TECNOLÓGICO REQUERIDO, EN CADA UNA DE LAS UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD QUE CONFORMAN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

CP-003-2021

Bogotá, D.C., Marzo de 2021

CRITERIOS A EVALUAR	PROPONENTE
	LIFE SUMINISTROS MEDICOS S.A.S.
	NIT: 900240177-9
CONDICIONES	CONDICIÓN
	SI/NO
1. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Jurídica, en cumplimiento de lo establecido	SI
2. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Natural, Representante Legal, en cumplimiento de lo establecido en la Circular Externa N° 009 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud. NOTA 3: El formato SARLAFT presentado en la propuesta debe ir en formato PDF con firma y huella dactilar del representante legal, sin modificar la estructura del mismo..	N/A
CRITERIO	HABILITADO


Mónica E. González Montes
Oficial de Cumplimiento


Adriana Milena Velandia Trujillo
Técnico Administrativo II

2. Concepto **02** Actualización

4. Número de formulario

14726455730



(415)7707212489984(8020) 000001472645573 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

9 0 0 2 4 0 1 7 7

6. DV

9

12. Dirección seccional

Impuestos de Barranquilla

14. Buzón electrónico

2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona jurídica

25. Tipo de documento

1

26. Número de identificación

27. Fecha expedición

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

LIFE SUMINISTROS MEDICOS S.A.S.

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Atlántico

0 8

40. Ciudad/Municipio

Galapa

2 9 6

41. Dirección principal

ZF ZOFIA MZ 7 LT 37 BG 1 Y 2

42. Correo electrónico

contabilidad@lifesumimed.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 5 6 8 4 1 7

45. Teléfono 2

3 5 6 6 1 5 9

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

47. Fecha inicio actividad

4 6 4 5 | 2 0 0 8 0 9 0 6

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

50. Código

1

2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

2

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 5 7 | 1 0 1 4 1 2 4 8 5 2

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

07- Retención en la fuente a título de rent

10- Obligado aduanero

14- Informante de exógena

42- Obligado a llevar contabilidad

48 - Impuesto sobre las ventas - IVA

52 - Facturador electrónico

Obligados aduaneros

54. Código 2 3 | 2 2

Exportadores

55. Forma 1 | 56. Tipo 1 | 57. Modo 1 | 58. CPC 1

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

2020 - 12 - 04 : 08 : 41: 37

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 2018

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre PRADA MARTINEZ GUSTAVO ADOLFO

985. Cargo Representante legal Certificado

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14726455730



(415)7707212489984(8020) 000001472645573 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional
Impuestos de Barranquilla

14. Buzón electrónico

9 0 0 2 4 0 1 7 7 9

2

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza 2
65. Fondos
68. Sin personería jurídica

63. Formas asociativas 1 2
66. Cooperativas
69. Otras organizaciones no clasificadas

64. Entidades e institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados
67. Sociedades y organismos extranjeros
70. Beneficio 1

Constitución, Registro y Última Reforma

Composición del Capital

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

82. Nacional 1 0 0 %
83. Nacional público 0 0 %
84. Nacional privado 1 0 0 0 %
85. Extranjero 0 %
86. Extranjero público 0 0 %
87. Extranjero privado 0 0 %

Vigencia

80. Desde 2 0 0 8 0 9 0 6
81. Hasta 2 0 1 8 0 9 0 6

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)	92. DV
1	8 0	2 0 1 6 0 8 1 5		
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			

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14726455730



(415)7707212489984(8020) 000001472645573 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

9 0 0 2 4 0 1 7 7

9

Impuestos de Barranquilla

2

Representación

98. Representación REPRS LEGAL PRIN	1 8	99. Fecha inicio ejercicio representación 2 0 0 8 0 9 1 1
100. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía	101. Número de identificación 7 2 3 5 7 1 8 6	102. DV 1
103. Número de tarjeta profesional		
104. Primer apellido PRADA	105. Segundo apellido MARTINEZ	106. Primer nombre GUSTAVO
107. Otros nombres ADOLFO		
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal
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
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
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
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

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14726455730



(415)7707212489984(8020) 000001472645573 0

5. Número de identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

9 0 0 2 4 0 1 7 7 9

Impuestos de Barranquilla

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

111. Tipo de documento Cédula de Ciudadana 1 3	112. Número de identificación 1 0 1 8 4 0 9 7 0 3	113. DV 1	114. Nacionalidad COLOMBIA	1 6 9
115. Primer apellido MARIA	116. Segundo apellido PEREZ	117. Primer nombre GIAN	118. Otros nombres CARLOS	
119. Razón social				
120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso 2 0 0 8 0 9 0 6	123. Fecha de retiro	
2				
111. Tipo de documento Cédula de Ciudadana 1 3	112. Número de identificación 7 2 1 2 7 8 5 3	113. DV 1	114. Nacionalidad COLOMBIA	1 6 9
115. Primer apellido PEREZ	116. Segundo apellido CAMPANELLA	117. Primer nombre RENE	118. Otros nombres MAURICIO	
119. Razón social				
120. Valor capital del socio 2,500,000	121. % Participación 2 5	122. Fecha de ingreso 2 0 0 8 0 9 0 6	123. Fecha de retiro 2 0 1 7 1 1 0 2	
3				
111. Tipo de documento Cédula de Ciudadana 1 3	112. Número de identificación 8 7 3 7 4 2 0	113. DV 1	114. Nacionalidad COLOMBIA	1 6 9
115. Primer apellido PEREZ	116. Segundo apellido CAMPANELLA	117. Primer nombre BRUNO	118. Otros nombres CARLOS	
119. Razón social				
120. Valor capital del socio 2,500,000	121. % Participación 2 5	122. Fecha de ingreso 2 0 0 8 0 9 0 6	123. Fecha de retiro 2 0 1 7 1 1 0 2	
4				
111. Tipo de documento NIT 3 1	112. Número de identificación 9 0 0 9 2 9 0 7 5	113. DV 5	114. Nacionalidad COLOMBIA	1 6 9
115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres	
119. Razón social SALUD E IMAGENES DE COLOMBIA S.A.S.				
120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso 2 0 1 7 1 1 0 2	123. Fecha de retiro	
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	

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14726455730



(415)7707212489984(8020) 0000014726455730

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

9 0 0 2 4 0 1 7 7

9

Impuestos de Barranquilla

2

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal	124. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía	125. Número de identificación 1 3 7 2 1 3 4 0 0 4	126. DV	127. Número de tarjeta profesional 4 1 3 7 0 T
	128. Primer apellido SIERRA	129. Segundo apellido PRADA	130. Primer nombre ARCESIO	131. Otros nombres ISMAEL
	132. Número de Identificación Tributaria (NIT)	133. DV	134. Sociedad o firma designada	
	135. Fecha de nombramiento 1 9 9 4 1 2 2 2			
Revisor fiscal suplente	136. Tipo de documento	137. Número de identificación	138. DV	139. Número de tarjeta profesional
	140. Primer apellido	141. Segundo apellido	142. Primer nombre	143. Otros nombres
	144. Número de Identificación Tributaria (NIT)	145. DV	146. Sociedad o firma designada	
	147. Fecha de nombramiento			
Contador	148. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía	149. Número de identificación 1 0 4 5 7 1 0 1 6 5	150. DV	151. Número de tarjeta profesional 2 3 3 5 1 4 T
	152. Primer apellido GUERRERO	153. Segundo apellido MARRIAGA	154. Primer nombre YESSICA	155. Otros nombres PAOLA
	156. Número de Identificación Tributaria (NIT)	157. DV	158. Sociedad o firma designada	
	159. Fecha de nombramiento 2 0 2 0 0 1 0 1			

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14726455730



(415)7707212489984(8020) 000001472645573 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

9 0 0 2 4 0 1 7 7 9

Impuestos de Barranquilla

2

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

160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comerci 0 2	161. Actividad económica Comercio al por mayor de productos farmacéuticos, medicinales, cosméticos, 4 6 4 5
162. Nombre del establecimiento LIFE SUMINISTROS MEDICOS SAS	
163. Departamento Atlántico 0 8	164. Ciudad/Municipio Barranquilla 0 0 1
165. Dirección CL 84 50 10 LC 206 A	
166. Número de matrícula mercantil 0 0 0 0 4 6 5 9 1 9	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 0 8 0 9 1 1
168. Teléfono 3 4 8 9 6 6 2	169. Fecha de cierre
160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comerci 0 2	161. Actividad económica Comercio al por mayor de productos farmacéuticos, medicinales, cosméticos, 4 6 4 5
162. Nombre del establecimiento LIFE SUMINISTROS MEDICOS SAS	
163. Departamento Atlántico 0 8	164. Ciudad/Municipio Barranquilla 0 0 1
165. Dirección CL 75 72 40 BG 4 METROTEX	
166. Número de matrícula mercantil 7 1 1 3 6 8	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 1 8 0 7 2 4
168. Teléfono 3 4 8 9 6 6 2	169. Fecha de cierre
160. Tipo de establecimiento Agencia 0 1	161. Actividad económica Comercio al por mayor de productos farmacéuticos, medicinales, cosmético, 4 6 4 5
162. Nombre del establecimiento LIFE SUMINISTROS MEDICOS BG SAS	
163. Departamento Bogotá D.C. 1 1	164. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. 0 0 1
165. Dirección TV 93 51 98 B D 73 A PAR INDUSTRIAL PUERTA AL SOL	
166. Número de matrícula mercantil 0 3 2 8 7 4 9 1	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 2 0 0 9 2 2
168. Teléfono 2 9 5 6 6 1 6	169. Fecha de cierre

SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARLAFT *

FECHA: 2021-03-02 CIUDAD: BARRANQUILLA DEPARTAMENTO: ATLANTICO

Distinguido 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 Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN LA EMPRESA (MARCA CON X)

☐ ASEGURADOR ☒ PROVEEDOR ☐ CONTRATISTA ☐ PARTICULAR ☐ OTRO CUAL:

I. DATOS DE LA PERSONA JURÍDICA

RAZON SOCIAL: LIFE SUMINISTROS MEDICOS SAS NIT: 900240177-9
REPRESENTANTE LEGAL: PRIMA APELLIDO MARTINEZ SEGUNDO APELLIDO: NOMBRES: GUSTAVO ADOLFO
CEDULA DE CIUDADANIA ☒ NUMERO: 72.357.186 LUGAR DE EXPEDICION: BARRANQUILLA FECHA EXPEDICION: 9/02/2004
CEDULA DE EXTRANJERIA ☐
FECHA NACIMIENTO: 1985-10-28 LUGAR NACIMIENTO: BARRANQUILLA DEPARTAMENTO: ATLANTICO NACIONALIDAD (1): COLOMBIANO NACIONALIDAD (2):
DIRECCION DOMICILIO PRINCIPAL: CALLE 75 N° 72 - 40 BODEGA 4 CIUDAD: BARRANQUILLA DEPARTAMENTO: ATLANTICO PAIS: COLOMBIA TELEFONO/FAX: 3568417
CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO: licitaciones@lifesumimed.com PORTAL/PAGINA INTERNET: www.lifesumimed.com
DIRECCION SUCURSAL/AGENCIA: TV 93 NO. 51 98 BD 73 A CIUDAD: BOGOTA DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA PAIS: COLOMBIA TELEFONO/FAX: 2956616

TIPO DE EMPRESA:

ACTIVIDAD ECONOMICA:

☐ PUBLICA ☐ INDUSTRIAL ☐ AGRICOLA ☐ SERVICIOS DE SALUD
☐ MIXTA ☒ COMERCIAL ☐ FARMACEUTICA ☐ SERVICIOS FINANCIEROS
☒ PRIVADA ☐ ASEGURADOR ☐ TRANSPORTES ☐ OTRA
☐ EXTRANJERA ☐ SERVICIOS
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE: RENTA/CREE: (SI) ☐ (NO) ☒ IVA: (SI) ☐ (NO) ☒ LCA: (SI) ☐ (NO) ☒
CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA: 4645 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, APOORTE O PARTICIPACION

NOMBRE COMPLETO O RAZON SOCIAL (DE REQUERIR UTILICE ANEXO)	% PARTICIPACION	TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION
GIAN CARLO MARIA PEREZ	50,00%	C.C. ☒ C.E. ☐ T.L. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	1.018.409.703
IMÁGENES COLOMBIA SAS	50,00%	C.C. ☐ C.E. ☐ T.L. ☐ NIT ☒ OTRO ☐	900.929.075
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.L. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.L. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	

IV. INFORMACION FINANCIERA

INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	3.184.411.916	ACTIVOS TOTALES	21.566.568.000
INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	3.567.167	PASIVOS TOTALES	12.592.464.000

EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	2.807.901.833	PATRIMONIO	8.974.104.000
EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	42.227.083		
CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES:		DIFERENCIA EN CAMBIO	
CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES:		DIFERENCIA EN CAMBIO	

V. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA: ☐ SI ☐ NO ☒

IMPORTACIONES	EXPORTACIONES	INVERSIONES	Especifique cual:
OPERACIONES DE REDESCUENTO	LEASING	TRANSFERENCIAS	
PRESTAMOS MODENA EXTRANJERA	PAGOS SERVICIOS	OTRAS	

TIPO PRODUCTO	Nombre DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO OPERACIÓN	CIUDAD	PAIS	MONEDA

VII. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS/FONDOS

Declaro expresamente que:

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

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD ECONOMICA

2. Las actividades realizadas por la Empresa se efectúan dentro del Marco Legal. Los recursos que posee NO provienen de actividades ilícitas de conformidad con el Código 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 información 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 destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

VII. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.
2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
3. Fotocopia del documento de identificación del Representante legal de la Empresa.
4. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado.
5. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.

APODERADO

Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.

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 estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 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 utilización no requeriría 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 tratarán observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón 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 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 prestación 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 la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite 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 determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder 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) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío 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.

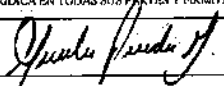
3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidad mencionada a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación 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 celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

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 harán 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 Nacional de 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 responderlos.
 7. **DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN:** 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 mí.
 8. **RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN:** 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 comparten, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo 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, Bogotá DC, Teléfono 7560505 E-mail: administracion@subredsuroccidente.gov.co y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración 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 términos 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 INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMÓ EL PRESENTE DOCUMENTO



Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

XI. INFORMACIÓN DE VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN

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							

REPORTE

Nombre	Life suministros medicos s.a.s.
Número de identificación	900240177-9
Alias	
Fecha de reporte	Lunes 08 de Marzo del 2021, 7:10 am
Estado consulta	No reportado
País	Colombia
Jurisdicción	-
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%	0%
Canal	5%	5%
Actividad	20%	20%
Producto	5%	5%
Origen de recursos	20%	8%
PERFIL DE RIESGO		38%
		62%

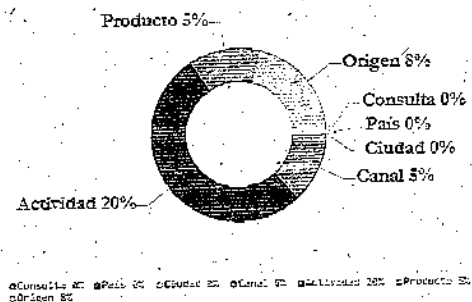
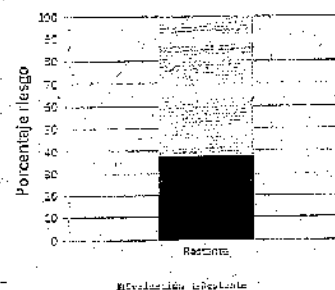
SEÑALES DE ALERTA

Sospechosa	Inusual	Intentada
------------	---------	-----------

OBSERVACIONES:

Sin observaciones

Firma



ÁREA PRECONTRACTUAL SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDEN

<http://www.sarlaftcol.com/app/app/webroot/LIFESUMINISTROSMECICOSS.A.S.xls>

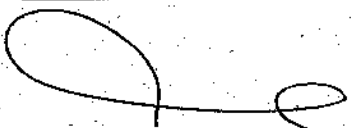
VERIFICACIÓN SARLAFT

OBJETO: SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS DE ACUERDO CON LA DESCRIPCIÓN DEL ANEXO TÉCNICO, CON EL APOYO TECNOLÓGICO REQUERIDO, EN CADA UNA DE LAS UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD QUE CONFORMAN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

CP-003-2021

Bogotá, D.C., Marzo de 2021

CRITERIOS A EVALUAR	PROPONENTE
	SUMINISTROS HOSPITALARIOS SAS
CONDICIONES	NIT: 830115786-6
	CONDICIÓN
	SI/NO
1. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Jurídica, en cumplimiento de lo establecido	SI
2. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Natural, Representante Legal, en cumplimiento de lo establecido en la Circular Externa N° 009 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud. NOTA 3: El formato SARLAFT presentado en la propuesta debe ir en formato PDF con firma y huella dactilar del representante legal, sin modificar la estructura del mismo.	N/A
CRITERIO	HABILITADO


Mónica E. González Montes
Oficial de Cumplimiento


Adriana Milena Velandia Trujillo
Técnico Administrativo II

2. Concepto **1 3** Actualización de oficio

4. Número de formulario

14698659704



5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

8 3 0 1 1 5 7 8 6 6

6. DV

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona jurídica

25. Tipo de documento

1

26. Número de identificación

27. Fecha expedición

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

SUMINISTROS HOSPITALARIOS SAS

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CL 142 17 A 18 IN 101

42. Correo electrónico

SUMINISTROSHOSPI@YAHOO.COM

43. Código postal

44. Teléfono 1

5 2 6 2 7 3 7

45. Teléfono 2

3 2 1 4 3 8 7 6 7 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1

2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

4 6 4 5

2 0 0 3 0 2 1 0

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 5 7 9 1 0 1 4 4 8 5 2

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

07- Retención en la fuente a título de renta

09- Retención en la fuente en el impuesto

10- Obligado aduanero

14- Informante de exógena

48- Impuesto sobre las ventas - IVA

52- Facturador electrónico

Obligados aduaneros

54. Código 2 2 2 3

Exportadores

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

1

1

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

2020 - 07 - 14 / 17 : 43 : 44

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:

964. Nombre -ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

965. Cargo

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14698659704



(415)7707212489984(8020) 0000014698659704

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

8 3 0 1 1 5 7 8 6

6. DV

6

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza

2

63. Formas asociativas

1 2

64. Entidades e institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados

67. Sociedades y organismos extranjeros

70. Beneficio

1

65. Fondos

66. Cooperativas

68. Sin personería jurídica

69. Otras organizaciones no clasificadas

Constitución, Registro y Última Reforma

Composición del Capital

Documento	1. Constitución	2. Reforma	
71. Clase	0 5	0 1	82. Nacional 1 0 0 %
72. Número	7 9 1	7 3	83. Nacional público 0 . 0 %
73. Fecha	2 0 0 3 0 2 1 0	2 0 1 7 1 0 1 2	84. Nacional privado 1 0 0 . 0 %
74. Número de notaría	2 4	0 3	85. Extranjero 0 %
75. Entidad de registro	0 3	2 0 1 7 1 0 2 0	86. Extranjero público 0 . 0 %
76. Fecha de registro	2 0 0 3 0 2 1 3	1 2 4 5 9 0 8	87. Extranjero privado 0 . 0 %
77. No. Matricula mercantil	1 2 4 5 9 0 8	1 1	
78. Departamento	1 1	4	
79. Ciudad/Municipio	4		
Vigencia			
80. Desde	2 0 0 3 0 2 1 3		
81. Hasta	2 0 2 3 0 2 1 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)	92. DV
1	2 1	2 0 1 7 1 0 1 2		
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			

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14698659704



(415)7707212489984(8020) 000001469865970 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)		6. DV	12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá		14. Buzón electrónico	
Representación						
98. Representación REPRS LEGAL PRIN.		1 8		99. Fecha inicio ejercicio representación 2 0 1 6 0 4 0 4		
100. Tipo de documento Cédula de Ciudadani	101. Número de identificación 5 1 5 9 6 4 2 5	102. DV	103. Número de tarjeta profesional			
104. Primer apellido LOPEZ	105. Segundo apellido PEÑA	106. Primer nombre FLORIZA		107. Otros nombres DEL CARMEN		
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)		109. DV	110. Razón social representante legal			
98. Representación REPRS LEGAL SUPL		1 9		99. Fecha inicio ejercicio representación 2 0 1 6 0 4 0 4		
100. Tipo de documento Cédula de Ciudadan	101. Número de identificación 4 1 6 2 2 1 7 6	102. DV	103. Número de tarjeta profesional			
104. Primer apellido LOPEZ	105. Segundo apellido PEÑA	106. Primer nombre MARIA		107. Otros nombres OLGA		
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)		109. DV	110. Razón social representante legal			
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			
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			
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			

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14698659704



(415)7707212489984(8020) 0000014698659704

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

8 3 0 1 1 5 7 8 6 6

Impuestos de Bogotá

3 2

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

111. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3	112. Número de identificación 5 1 5 9 6 4 2 5	113. DV	114. Nacionalidad COLOMBIA	1 6 9
115. Primer apellido LOPEZ	116. Segundo apellido PEÑA	117. Primer nombre FLORIZA	118. Otros nombres DEL CARMEN	
119. Razón social				
120. Valor capital del socio 21,000,000	121. % Participación 7 5	122. Fecha de ingreso 2 0 0 3 0 2 1 3	123. Fecha de retiro	

111. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3	112. Número de identificación 5 1 9 1 5 1 8 3	113. DV	114. Nacionalidad COLOMBIA	1 6 9
115. Primer apellido LOPEZ	116. Segundo apellido PEÑA	117. Primer nombre CLARA	118. Otros nombres INES	
119. Razón social				
120. Valor capital del socio 9,000,000	121. % Participación 2 5	122. Fecha de ingreso 2 0 0 3 0 2 1 3	123. Fecha de retiro	

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	

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	

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	

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14698659704



(415)7707212489984(8020) 000001469865970 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional
Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

8 3 0 1 1 5 7 8 6 6

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal

124. Tipo de documento	125. Número de identificación	126. DV	127. Número de tarjeta profesional
128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres
132. Número de Identificación Tributaria (NIT)	133. DV	134. Sociedad o firma designada	
135. Fecha de nombramiento			

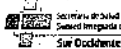
Revisor fiscal suplente

136. Tipo de documento	137. Número de identificación	138. DV	139. Número de tarjeta profesional
140. Primer apellido	141. Segundo apellido	142. Primer nombre	143. Otros nombres
144. Número de Identificación Tributaria (NIT)	145. DV	146. Sociedad o firma designada	
147. Fecha de nombramiento			

Contador

148. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía	149. Número de identificación	150. DV	151. Número de tarjeta profesional
152. Primer apellido LOPEZ	153. Segundo apellido PEÑA	154. Primer nombre MARIA	155. Otros nombres OLGA
156. Número de Identificación Tributaria (NIT)	157. DV	158. Sociedad o firma designada	
159. Fecha de nombramiento			

DOCUMENTO



Ministerio de Salud
Centro Integrado 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 JURÍDICA

CÓDIGO: ET-CA-FT-002
VERSION: 02
FECHA: 2017-08-22

SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARLAFT *

FECHA: 2021-03-03 CIUDAD: BOGOTÁ DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA

Disipado Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permite adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter 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 Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN EMPRESARIAL (MARCA CON X)

☐ ASEGURADOR ☒ PROVEEDOR ☐ CONTRATISTA ☐ PARTICULAR ☐ OTRO CUAL:

DATOS DE LA PERSONA JURÍDICA

RAZÓN SOCIAL: SUMINISTROS HOSPITALARIOS SAS NIT: 830.115.786-6

REPRESENTANTE LEGAL: PRIMER APELLIDO: LOPEZ SEGUNDO APELLIDO: PEÑA NOMBRES: FLORIZA DEL CARMEN

CEDELA DE CIUDADANÍA ☒ NÚMERO: 51.596.425 LUGAR DE EXPEDICIÓN: BOGOTÁ FECHA DE EXPEDICIÓN: 03/08/1979

CEDELA DE EXTRANJERÍA ☐ NÚMERO: 51.596.425 LUGAR DE EXPEDICIÓN: BOGOTÁ FECHA DE EXPEDICIÓN: 03/08/1979

FECHA DE NACIMIENTO: 03/08/1979 LUGAR DE NACIMIENTO: BOYACA DEPARTAMENTO: COLOMBIANA NACIONALIDAD (E): COLOMBIANA NACIONALIDAD (P): COLOMBIANA

DIRECCIÓN DOMICILIO PRINCIPAL: CALLE 142 17 A 18 INT. 101 CIUDAD: BOGOTÁ DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA PAÍS: COLOMBIA TELÉFONO/FAX: 5262737

CORREO ELECTRÓNICO DE CONTACTO: suministros@sho.com PORTAL/PAJES INTERNET:

DIRECCIÓN SUCURSAL/AGENCIA: CIUDAD: DEPARTAMENTO: PAÍS: TELÉFONO/FAX:

TIPO DE EMPRESA: PÚBLICA ☐ MIXTA ☒ PRIVADA ☐ EXTRANJERA ☐ ACTIVIDAD ECONÓMICA: SERVICIOS DE SALUD ☐ SERVICIOS FINANCIEROS ☐ OTRA ☐ CUAL:

INFORMACIÓN FISCAL: RENTACRÉ ☐ IVA ☒ LEA ☐ CODIGO CIIU ACTIVIDAD ECONÓMICA: 4515

GRUPO CONTRIBUYENTE: SI ☐ NO ☒ AGENTE RETENEDOR: SI ☐ NO ☒ AGENTE AUTORIZADO: SI ☐ NO ☒

II. DECLARACIÓN PERSONA PÚBLICA (ANTE EXPUESTA-IPRES)

¿POR SU CARGO O ACTIVIDAD ADMINISTRATIVA O TIENE A SU CARGO EL MANEJO DE RECURSOS PÚBLICOS? SI ☐ NO ☒

¿POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUN GRADO O TIPO DE PODER PÚBLICO? SI ☐ NO ☒

¿POR SU ACTIVIDAD, OCUPACIÓN O OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL? SI ☐ NO ☒

¿ES SU SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS DIFERENTE A COLOMBIA? SI ☐ NO ☒

Si contestó afirmativamente alguna de las anteriores preguntas, por favor, especifique:

III. IDENTIFICACIÓN DE ACCIONISTAS, SOCIOS, ASOCIADOS QUE SEAN TITULARES DE MÁS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APOORTE O PARTICIPACIÓN

NOMBRE COMPLETO O RAZÓN SOCIAL (DE REQUERIR UTILICE ANEXO) PARTICIPACIÓN: 86,60% TIPO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. ☒ C.E. ☐ T.A. ☐ N.E. ☐ O.T.R. ☐ NÚMERO IDENTIFICACIÓN: 41.622.176

OLGA LOPEZ PEÑA PARTICIPACIÓN: 13,40% TIPO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. ☒ C.E. ☐ T.A. ☐ N.E. ☐ O.T.R. ☐ NÚMERO IDENTIFICACIÓN: 1.015.418.125

LUIS ENRIQUE NARVEZ LOPEZ PARTICIPACIÓN: TIPO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. ☐ C.E. ☐ T.A. ☐ N.E. ☐ O.T.R. ☐ NÚMERO IDENTIFICACIÓN:

IV. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES: 59.000.750 ACTIVOS TOTALES: 997.336.600

INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES: PASIVOS TOTALES: 88.190.450

EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES: 13.918.916 PATRIMONIO: 909.146.150

EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES: DIFERENCIA EN CAMBIO

CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES: DIFERENCIA EN CAMBIO

V. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

IMPORTACIONES ☒ EXPORTACIONES ☐ INVERSIONES ☐

OPERACIONES DE REDESCUENTO ☐ LEASING ☐ TRANSFERENCIAS ☐ Especifique cual:

PRESTAMOS MODERNA ☐ PAGOS SERVICIOS ☐ OTRAS ☐

TIPO PRODUCTO: CUENTA AHORROS No DEL PRODUCTO: 8770155037 ENTIDAD: DAVIVIENDA MONEDA OPERACION: 76.000 CIUDAD: MALASIA PAÍS: CHINA MONEDA: USD

VI. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE LOS DINEROS/FONDOS

Declaro expresamente que:

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

- Las actividades realizadas por la Empresa se ofrecen dentro del Marco Legal. Los recursos que posee NO provienen de actividades ilícitas de conformidad con el Código Penal Colombiano.
- La información suministrada en este formulario es veraz y verificable, y me obliga a actualizarla cuando así lo requiera.
- Ciudadanía para apoderados Certifico que toda la información suministrada y de la cual me responsabilizo ha sido obtenida de acuerdo con los parámetros establecidos legalmente.
- Los recursos que se derivan del desarrollo de este contrato NO se destinaron a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

VII. DOCUMENTOS REQUERIDOS

- Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.
- Fotocopia del Registro Único Tributario (RUT).
- Fotocopia del documento de identificación del Representante legal de la empresa.
- Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado.
- Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con los recursos vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.

APODERADO

Ajuntar poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.

VIII. AUTORIZACIÓN DE USO DE INFORMACIÓN CONSIDERACIONES

- 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 estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
- Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidas en dicho dispositivo, no son aplicables a los 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 utilización no requiere de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
- Que los datos personales adicionales para el análisis de riesgo se manejan observando las disposiciones legales vigentes.
- Que los datos también serán usados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACIÓN

Por efectos de la presente autorización, otorgada por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE, con NIT 900.959.046-4, ubicada en la Calle 9 No 30-46, teléfono 7500305 cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada:

Declaro expresamente:

- Que para efectos de acceder a la información y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministraré mis datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprenden las actividades de prestación de servicios de salud.
- 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 la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como contratista, cliente, proveedor 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 determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos; c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre; d) El control y la prevención del riesgo; e) La liquidación y pago de cuentas; f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados; g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud; h) La elaboración de estadísticas clínicas, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general, estadísticas técnicas del sector salud; i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y otras comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud; j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud; k) Uso de información de historias 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 en las normas que lo modifiquen y a las regulaciones 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 dicha Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas 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 deberes 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 médica, abogados internos y externos, entre otros; c) Los clientes y contratistas que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación 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 realicen gestiones de parte afecto de la celebración de contratos de seguros y/o resguardos; e) A la UAG, Fiancadora, y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de riesgos, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estadísticas clínicas y estadísticas.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN 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 facultados las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán 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 asumo responsabilidad 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 usar en consideración que el artículo 33 del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, rigen las normas.

6. DATOS PERSONALES DE NIÑOS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultados las respuestas a las preguntas sobre datos de niños, niñas y adolescentes. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que asumo responsabilidad para que se lleve a cabo el tratamiento de datos de niños, niñas y adolescentes. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe usar en consideración que el artículo 33 del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, rigen las normas.

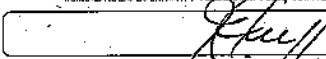
7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suprimir las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

8. RESPONSABILIDAD Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: 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 encuentran en el encabezado de este documento. En todo caso, los encargados del tratamiento de los datos que se comparten, transfieren, garantizan, entregan o divulgan, en desarrollo de los parámetros del numeral 3 anterior, están en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Calle 9 No 30-46, Bogotá DC, Teléfono 7500305). Email: atencionalcliente@subredintegrada.com.co y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.

9. AUTORIZACIÓN: En mi propia y exclusiva responsabilidad, AUTORIZO el tratamiento de los datos personales incluidos en los subtítulos y anterior, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

IX. FIRMA Y SELLO

Por constancia he leído, entendido y aceptado el presente, declaro que la información que he suministrado es veraz y válida para todos los fines antes mencionados.



Firma Cliente Representante Legal


Ustedes Jueces Directos

X. INFORMACIÓN DE ENTREVISTA

XI. INFORMACIÓN DE VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN

1. Fecha:	2. Ciudad:	3. Fecha:	4. 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 ciudad:	
7. Firma y Ciudad:			

REPORTE

Nombre	Suministros hospitalarios sas
Número de identificación	830115786-6
Alias	
Fecha de reporte	Lunes 08 de Marzo del 2021, 7:15 am
Estado consulta	No reportado
País	Colombia
Jurisdicción	-
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%	0%
Canal	5%	5%
Actividad	20%	20%
Producto	5%	5%
Origen de recursos	20%	8%
PERFIL DE RIESGO		38%
		62%

SEÑALES DE ALERTA

Sospechosa

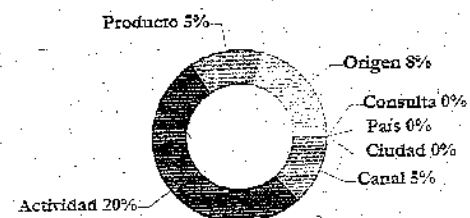
Inusual

Intentada

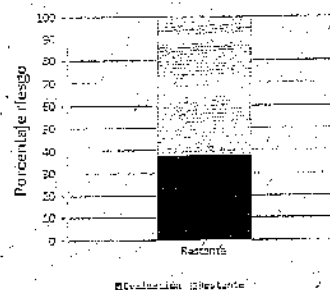
OBSERVACIONES:

Sin observaciones

Firma



Consulta 0% País 0% Ciudad 0% Canal 5% Actividad 20% Origen 8% Producto 5%



ÁREA PRECONTRACTUAL SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDEN

<http://www.sarlaftcol.com/app/app/webroot/SUMINISTROSHOSPITALARIOSSAS.xls>

VERIFICACIÓN SARLAFT

OBJETO: SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS DE ACUERDO CON LA DESCRIPCIÓN DEL ANEXO TÉCNICO, CON EL APOYO TECNOLÓGICO REQUERIDO, EN CADA UNA DE LAS UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD QUE CONFORMAN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

CP-003-2021

Bogotá, D.C., Marzo de 2021

CRITERIOS A EVALUAR	PROPONENTE
	COMPANY MEDIQBOY OC S.A.S.
CONDICIONES	NIT: 901035884-3
	CONDICIÓN
	SI/NO
1. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Jurídica, en cumplimiento de lo establecido	SI
2. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Natural, Representante Legal, en cumplimiento de lo establecido en la Circular Externa N° 009 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud. NOTA 3: El formato SARLAFT presentado en la propuesta debe ir en formato PDF con firma y huella dactilar del representante legal, sin modificar la estructura del mismo.	N/A
CRITERIO	HABILITADO

Mónica E. González Montes
Oficial de Cumplimiento

Adriana Milena Velandia Trujillo
Técnico Administrativo II

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

FECHA: 2021-03-02 CIUDAD: TUNJA DEPARTAMENTO: BOYACA

Distiguado Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá 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 realización de este proceso es de carácter 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 Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

CLASE O TIPO DE VINCULACION LA EMPRESA (MARCA CON X)

☐ ASEGURADOR ☒ PROVEEDOR ☐ CONTRATISTA ☐ PARTICULAR ☐ OTRO CUAL:

I DATOS DE LA PERSONA JURIDICA

RAZON SOCIAL:	COMPANY MEDIQBOY OC SAS			NIT:	901,035,884-3
REPRESENTANTE LEGAL:	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	NOMBRES:		
	MONTAÑEZ	PRIETO	JULIO CESAR		
CEDULA DE CIUDADANIA	☒	NUMERO:	LUGAR DE EXPEDICION	FECHA EXPEDICION AAAA/MM/DD	
CEDULA DE EXTRANJERIA	☐	7.162.830	TUNJA	3/02/1989	
FECHA NACIMIENTO AAAA/MM/DD	LUGAR NACIMIENTO:	DEPARTAMENTO:	NACIONALIDAD (1):	NACIONALIDAD (2):	
1968-11-23	TUNJA	BOYACA	COLOMBIA	NA	
DIRECCION DOMICILIO PRINCIPAL:	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX	
CALLE 58 No 2-80	TUNJA	BOYACA	COLOMBIA	7453535	
CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:	PORTAL/PAGINA INTERNET:				
oc.licitaciones@mediqboy.com	www.mediqboy.com				
DIRECCION SUCURSAL/AGENCIA:	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX	
C					

TIPO DE EMPRESA:

☐ PUBLICA
☐ MIXTA
☒ PRIVADA
☐ EXTRANJERA

☐ INDUSTRIAL
☒ COMERCIAL
☐ ASEGURADOR
☐ SERVICIOS

☐ AGRICOLA
☒ FARMACEUTICA
☐ TRANSPORTES

☐ SERVICIOS DE SALUD
☐ SERVICIOS FINANCIEROS
☒ OTRA

CUAL: Comercio al por mayor de productos farmaceuticos y medicinales

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE

GRAN CONTRIBUYENTE

SI ☐ NO ☒

RENTA/CREE

SI ☐ NO ☒

IVA

SI ☐ NO ☒

ICF

SI ☒ NO ☐

SECUNDARIA

SI ☐ NO ☒

CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA

4645

PRINCIPAL ☐ SECUNDARIA ☐

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, APOORTE O PARTICIPACION

NOMBRE COMPLETO O RAZON SOCIAL (DE REQUERIR UTILICE ANEXO)	% PARTICIPACION	TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION
JULIO CESAR MONTAÑEZ PRIETO	87,00%	C.C. ☒ C.E. ☐ T.L. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	7.162.830
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.L. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.L. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.L. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	

IV. INFORMACION FINANCIERA

INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	1.583.246.257	ACTIVOS TOTALES	18.657.588.215
INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	20.638.634	PASIVOS TOTALES	7.854.148.762

EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES:	1.404.401.531	PATRIMONIO	10.803.439.452
EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	113.543.736		
CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES:	RECUPERACIONES ARRIENDOS		
CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES:	MANTENIMIENTOS PPYE		

V. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES							
REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA:				SI	☒	NO	☐
IMPORTACIONES	☒	EXPORTACIONES	☐	INVERSIONES	☐	Especifique cual:	
OPERACIONES DE REDESCUENTO	☐	LEASING	☐	TRASFERENCIAS	☐		
PRESTAMOS MODENA EXTRANJERA	☐	PAGOS SERVICIOS	☐	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):

Comercio al por mayor de productos farmaceuticos, medicinales, cosmeticos y de tocador

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 elCodigo Penal Colombiano.

3. La informacion suministrada en este formulario es veraz y verificable, y me obligo a actualizarla cuando así se requiera.

4. Clausula 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 derivan del desarrollo de este contrato NO se destinaran a la financiaci3n 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 identificaci3n 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 protecci3n de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposici3n, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevencion, detecci3n, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilizaci3n no requeriría de una autorizaci3n de su titular, la cual proviene de la Ley.

3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes.

4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorizaci3n, 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 contrataci3n y/o prestaci3n 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 prestaci3n 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 la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculaci3n como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociaci3n de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinaci3n de tarifas y analisis y selecci3n de riesgos. c) La ejecuci3n y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevenci3n del riesgo. e) La liquidaci3n y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gesti3n integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboraci3n de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de informaci3n relativa a encuestas de satisfacci3n de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizaci3n de encuestas sobre satisfacci3n en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de informaci3n de Sujetos de tributaci3n en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Direcci3n 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 informaci3n en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevenci3n 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 finalidad mencionada a: a) Las personas jurídicas 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, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebraci3n, ejecuci3n, terminaci3n y liquidaci3n 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 celebraci3n de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administraci3n de bases de datos para efectos de la prevencion y control de fraudes, la selecci3n de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboraci3n de estudios técnicos y estadísticos.

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 harán 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 Nacional de 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.

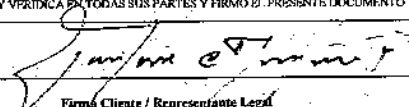
7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: 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 comportan, transfieren, transmiten, entreguen o divulgan, en desarrollo de lo 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 2 No 39-46, Bogotá DC, Teléfono 7566505 E-mail: atfinanciera@subredsuroccidente.gov.co) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración 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 términos 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 INFORMACIÓN QUE ME SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO



Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

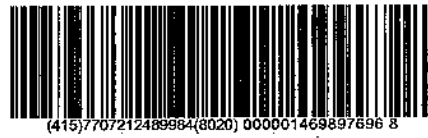
XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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:				6. Firma y cédula:			
ACEPTADO ☐ RECHAZADO ☐							
7. Firma y Cédula							

2: Concepto **02** Actualización

4. Número de formulario

14698976968



(415)7707212489984(8020) 0000014698976968

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

9 0 1 0 3 5 8 8 4

6. DV

3

12. Dirección seccional
Impuestos y Aduanas de Tunja

14. Buzón electrónico

20

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona jurídica

25. Tipo de documento

1

26. Número de identificación

27. Fecha expedición

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

COMPANY MEDIQBOY OC S.A.S.

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

39. Departamento

Boyacá

40. Ciudad/Municipio

Tunja

0 0 1

41. Dirección principal

CL 58 2 80 OF 303 BRR SANTA ANA

42. Correo electrónico

mediqboy.contabilidad@yahoo.es

43. Código postal

1 5 0 0 1

44. Teléfono 1

7 4 5 3 5 3 5

45. Teléfono 2

3 1 2 3 5 0 9 7 4 9

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

47. Fecha inicio actividad

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

1

2

50. Código

4 9 2 3 4 6 9 0

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

2

4 6 4 5

2 0 1 6 1 2 1 3

6 8 1 0

2 0 1 6 1 2 1 3

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 5 7 1 0 1 4 4 2 4 8 5 2

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

07- Retención en la fuente a título de renta

10- Obligado aduanero

14- Informante de exogenea

42- Obligado a llevar contabilidad

48- Impuesto sobre las ventas - IVA

52- Facturador electrónico

Obligados aduaneros

54. Código 2 3 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

Exportadores

55. Forma 55. Tipo 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:

2020 - 08 - 18 / 11 : 28 : 14

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 MONTAÑEZ PRIETO JULIO CESAR

985. Cargo Representante legal Certificado

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14698976968



(415)7707212489984(8020) 000001469897696 8

5. Número de identificación Tributaria (NIT)

9 0 1 0 3 5 8 8 4 | 3

6. DV

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Tunja

14. Buzón electrónico

2 0

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

67. Sociedades y organismos extranjeros

70. Beneficio

1

65. Fondos

66. Cooperativas

68. Sin personería jurídica

69. Otras organizaciones no clasificadas

Constitución, Registro y Última Reforma

Composición del Capital

Documento

1. Constitución

2. Reforma

71. Clase

0 4

72. Número

2 0 1 6 1 2 1 3

73. Fecha

2 0 1 6 1 2 1 3

74. Número de notaría

0 3

75. Entidad de registro

2 0 1 6 1 2 2 0

76. Fecha de registro

1 4 5 0 6 2

77. No. Matricula mercantil

1 4 5 0 6 2

78. Departamento

1 5

79. Ciudad/Municipio

3 8

Vigencia

80. Desde

2 0 1 6 1 2 1 3

81. Hasta

2 0 9 9 1 2 3 1

82. Nacional

1 0 0 %

83. Nacional público

0 . 0 %

84. Nacional privado

1 0 0 . 0 %

85. Extranjero

0 %

86. Extranjero público

0 . 0 %

87. Extranjero privado

0 . 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)	92. DV
1	8 0	2 0 1 8 0 3 2 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			

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14698976968



(415)7707212489684(6020) 0000014698976968

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional
Impuestos y Aduanas de Tunja

14. Buzón electrónico

9 0 1 0 3 5 8 8 4 3

2 0

Representación

98. Representación REPRS LEGAL PRIN	99. Fecha inicio ejercicio representación 2 0 1 9 0 8 0 1
100. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía: 1 3	101. Número de identificación 7 1 6 2 8 3 0
104. Primer apellido MONTAÑEZ	105. Segundo apellido PRIETO
106. Primer nombre JULIO	107. Otros nombres CESAR
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV
110. Razón social representante legal	
98. Representación REPRS LEGAL SUPL	99. Fecha inicio ejercicio representación 2 0 1 9 0 8 0 1
100. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía: 1 3	101. Número de identificación 7 1 6 7 3 4 4
104. Primer apellido PULIDO	105. Segundo apellido MONROY
106. Primer nombre NESTOR	107. Otros nombres RAUL
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV
110. Razón social representante legal	
98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
100. Tipo de documento	101. Número de identificación
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	
98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
100. Tipo de documento	101. Número de identificación
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	
98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
100. Tipo de documento	101. Número de identificación
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	

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14698976968



(415)770721248984(8020) 0000014698976968

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional
Impuestos y Aduanas de Tunja

14. Buzón electrónico

9 0 1 0 3 5 8 8 4 3

2 0

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal	124. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3	125. Número de identificación 2 3 7 9 5 4 7 3	126. DV	127. Número de tarjeta profesional 1 4 7 0 6 5 T
	128. Primer apellido RINCON	129. Segundo apellido VERGARA	130. Primer nombre ERLIS	131. Otros nombres YADIRA
	132. Número de Identificación Tributaria (NIT)	133. DV	134. Sociedad o firma designada	
	135. Fecha de nombramiento 2 0 2 0 0 8 0 1			
Revisor fiscal suplente	136. Tipo de documento	137. Número de identificación	138. DV	139. Número de tarjeta profesional
	140. Primer apellido	141. Segundo apellido	142. Primer nombre	143. Otros nombres
	144. Número de Identificación Tributaria (NIT)	145. DV	146. Sociedad o firma designada	
	147. Fecha de nombramiento			
Contador	148. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3	149. Número de identificación 1 0 4 9 6 0 3 5 7 9	150. DV	151. Número de tarjeta profesional 1 6 6 9 6 1 T
	152. Primer apellido HERNANDEZ	153. Segundo apellido SUAREZ	154. Primer nombre ZULMA	155. Otros nombres YOMAIRA
	156. Número de Identificación Tributaria (NIT)	157. DV	158. Sociedad o firma designada	
	159. Fecha de nombramiento 2 0 2 0 0 5 1 8			

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14698976968



(415)7707212489984(8020) 0000014698976968

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

9 0 1 0 3 5 8 8 4

6. DV

3

12. Dirección seccional
Impuestos y Aduanas de Tunja

14. Buzón electrónico

2 0

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

160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comerci 0 2	161. Actividad económica Comercio al por mayor de productos farmacéuticos, medicinales, cosméticos 4 6 4 5
162. Nombre del establecimiento COMPANY MEDIQBOY OC S.A.S.	
163. Departamento Boyacá 1 5	164. Ciudad/Municipio Tunja 0 0 1
165. Dirección CL 58 2 80 OF 303 BRR SANTA ANA	
166. Número de matrícula mercantil 1 4 5 1 7 2	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 1 7 0 1 0 5
168. Teléfono 3 1 2 3 5 0 9 7 4 9	169. Fecha de cierre
160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comerci 0 2	161. Actividad económica Comercio al por mayor de productos farmacéuticos, medicinales, cosméticos 4 6 4 5
162. Nombre del establecimiento OUTLET MEDIQBOY	
163. Departamento Boyacá 1 5	164. Ciudad/Municipio Tunja 0 0 1
165. Dirección CL-58 2 80 LC-101 BRR SANTANA	
166. Número de matrícula mercantil 1 7 8 6 1 0	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 2 0 0 2 1 3
168. Teléfono 3 1 6 5 2 7 1 7 9 5	169. Fecha de cierre
160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
162. Nombre del establecimiento:	
163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
165. Dirección	
166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	169. Fecha de cierre

Nombre	Company mediqboy oc s.a.s.
Número de identificación	901035884-3
Alias	
Fecha de reporte	Lunes 08 de Marzo del 2021, 7:21 am
Estado consulta	No reportado
País	Colombia
Jurisdicción	-
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%	0%
Canal	5%	5%
Actividad	20%	20%
Producto	5%	5%
Origen de recursos	20%	8%
PERFIL DE RIESGO		38%
		62%

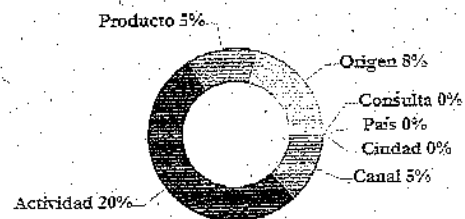
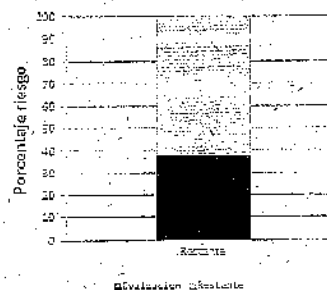
SEÑALES DE ALERTA

Sospechosa	Inusual	Intentada
------------	---------	-----------

OBSERVACIONES:

Sin observaciones

Firma



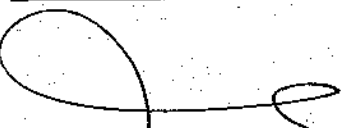
VERIFICACIÓN SARLAFT

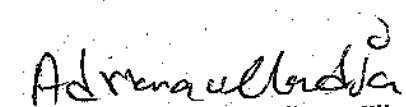
OBJETO: SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS DE ACUERDO CON LA DESCRIPCIÓN DEL ANEXO TÉCNICO, CON EL APOYO TECNOLÓGICO REQUERIDO, EN CADA UNA DE LAS UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD QUE CONFORMAN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

CP-003-2021

Bogotá, D.C., Marzo de 2021

CRITERIOS A EVALUAR	PROPONENTE
	SUPERPLASTICOS MS LTDA
CONDICIONES	NIT: 900194521-2
	CONDICIÓN
	SI/NO
1. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Jurídica, en cumplimiento de lo establecido.	SI
2. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Natural, Representante Legal, en cumplimiento de lo establecido en la Circular Externa N° 009 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud. NOTA 3: El formato SARLAFT presentado en la propuesta debe ir en formato PDF con firma y huella dactilar del representante legal, sin modificar la estructura del mismo.	N/A
CRITERIO	HABILITADO


Mónica E. González Montes
Oficial de Cumplimiento


Adriana Milena Velandia Trujillo
Técnico Administrativo II

2. Concepto **1 3** Actualización de oficio

Español reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14701174961



(415)7707212489984(8020) 000001470117496 1

5. Número de identificación Tributaria (NIT)

9 0 0 1 9 4 5 2 1

6. DV

2

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá.

3 2

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona jurídica

25. Tipo de documento

1

26. Número de identificación

27. Fecha expedición

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

SUPERPLASTICOS MS LTDA

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CL 68 23 14

42. Correo electrónico

superplasticosms@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

2 5 5 6 5 4 8

45. Teléfono 2

3 1 0 2 5 7 2 1 9 7

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

Actividad secundaria

Otras actividades

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

50. Código

1

2

51. Código

52. Número establecimientos

4 7 5 9

2 0 0 8 0 1 1 4

2 2 2 9

2 0 2 0 0 5 3 0

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 5 7 9 1 4 4 2 4 8 5 2

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

07- Retención en la fuente a título de renta

09- Retención en la fuente en el impuesto

14- Informante de exógena

42- Obligado a llevar contabilidad

48- Impuesto sobre las ventas - IVA

52- Facturador electrónico

Obligados aduaneros

Exportadores

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

55. Forma 56. Tipo 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 ☒

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2020 - 08 - 01 / 01 : 14: 02

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

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14701174961



(415)7707212489984(8020) 0000014701174961

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

9 0 0 1 9 4 5 2 1 2

6. DV

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza

2

63. Formas asociativas

1 0

64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados

67. Sociedades y organismos extranjeros

70. Beneficio

1

65. Fondos

66. Cooperativas

68. Sin personería jurídica

69. Otras organizaciones no clasificadas

Constitución, Registro y Última Reforma

Composición del Capital

Documento	1. Constitución	2. Reforma	
71. Clase	0 4		82. Nacional
72. Número	0 0 0 0 1		83. Nacional público
73. Fecha	2 0 0 8, 0 1, 0 9		84. Nacional privado
74. Número de notaría			85. Extranjero
75. Entidad de registro	0 3		86. Extranjero público
76. Fecha de registro	2 0 0 8 0 1, 1 8		87. Extranjero privado
77. No. Matricula mercantil	0 0 0 1 7 6, 5 2 9 1		
78. Departamento	1 1		
79. Ciudad/Municipio	0 0 1		
Vigencia			
80. Desde	2 0 0 8 0 1, 0 9		
81. Hasta	2 0 1 8 0 1, 0 9		

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)	92. DV
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			

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14701174961



(415)7707212489984(8020) 0000014701174961

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

9 0 0 1 9 4 5 2 1

6. DV

2

12. Dirección seccional
Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

Representación

98. Representación REPRS LEGAL PRIN	99. Fecha inicio ejercicio representación 1 8	2 0 1 0 0 3 3 1	
100. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía	101. Número de identificación 1 3 4 1 5 4 9 8 5 4	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
104. Primer apellido SEGURA	105. Segundo apellido RAMOS	106. Primer nombre TERESA	107. Otros nombres DE JESUS
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal	
98. Representación REPRS LEGAL SUPL	99. Fecha inicio ejercicio representación 1 9	2 0 0 8 0 1 1 8	
100. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía	101. Número de identificación 1 3 5 2 4 7 5 0 6 9	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
104. Primer apellido MORALES	105. Segundo apellido SEGURA	106. Primer nombre MAGDA	107. Otros nombres ESMERALDA
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal	
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	
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	
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	

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14701174961



(415)7707212489984(8020) 0000014701174961

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

9 0 0 1 9 4 5 2 1 2

Impuestos de Bogotá

3 2

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

111. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3	112. Número de identificación 5 2 8 8 2 4 2 2	113. DV	114. Nacionalidad COLOMBIA	1 6 9
115. Primer apellido MORALES	116. Segundo apellido SEGURA	117. Primer nombre DAYSI	118. Otros nombres ANDREA	
119. Razón social				
120. Valor capital del socio 7,500,000	121. % Participación 5 0	122. Fecha de ingreso 2 0 0 8 0 1 1 8	123. Fecha de retiro	
111. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3	112. Número de identificación 5 2 4 7 5 0 6 9	113. DV	114. Nacionalidad COLOMBIA	1 6 9
115. Primer apellido MORALES	116. Segundo apellido SEGURA	117. Primer nombre MAGDA	118. Otros nombres ESMERALDA	
119. Razón social				
120. Valor capital del socio 7,500,000	121. % Participación 5 0	122. Fecha de ingreso 2 0 0 8 0 1 1 8	123. Fecha de retiro	
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	
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	
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	

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14701174961



5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

9 0 0 1 9 4 5 2 1

6. DV

2

12. Dirección seccional
Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal	124. Tipo de documento	125. Número de identificación	126. DV	127. Número de tarjeta profesional
	128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres
	132. Número de Identificación Tributaria (NIT)	133. DV	134. Sociedad o firma designada	
	135. Fecha de nombramiento			
Revisor fiscal suplente	136. Tipo de documento	137. Número de identificación	138. DV	139. Número de tarjeta profesional
	140. Primer apellido	141. Segundo apellido	142. Primer nombre	143. Otros nombres
	144. Número de Identificación Tributaria (NIT)	145. DV	146. Sociedad o firma designada	
	147. Fecha de nombramiento			
Contador	148. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3	149. Número de identificación 8 0 8 2 2 0 2 8	150. DV	151. Número de tarjeta profesional 2 1 7 9 9 8 T
	152. Primer apellido JIMENEZ	153. Segundo apellido NIETO	154. Primer nombre JHONATHAN	155. Otros nombres ANDRES
	156. Número de Identificación Tributaria (NIT)	157. DV	158. Sociedad o firma designada	
	159. Fecha de nombramiento 2 0 1 6 0 7 2 9			

SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARLAFT *

FECHA: 2021-02-26 CIUDAD: Bogotá D.C. 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 caracrer 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 Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN LA EMPRESA (MARCA CON X)

☐ ASEGURADOR ☒ PROVEEDOR ☐ CONTRATISTA ☐ PARTICULAR ☐ OTRO CUAL:

L DATOS DE LA PERSONA JURÍDICA

RAZON SOCIAL: Superplásticos MS Ltda. NIT: 900,194,521-2

REPRESENTANTE LEGAL: PRIMER APELLIDO: Segura SEGUNDO APELLIDO: Ramos NOMBRES: Teresa de Jesús

CEDULA DE CIUDADANÍA ☒ NUMERO: LUGAR DE EXPEDICION: FECHA EXPEDICION AAAA/MM/DD

CEDULA DE EXTRANJERÍA ☐ 41,549,854 Bogotá D.C. 8/08/1973

FECHA NACIMIENTO AAAA/MM/DD LUGAR NACIMIENTO: DEPARTAMENTO: NACIONALIDAD (1): NACIONALIDAD (2):
1951-06-30 Manta Cundinamarca Colombiana

DIRECCION DOMICILIO PRINCIPAL: CIUDAD: DEPARTAMENTO: PAIS: TELEFONO/FAX
Cl 25 b # 32 a 48 Bogotá D.C. Cundinamarca Colombia 9352814

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO: PORTAL/PAGINA INTERNET:

superplasticosms@gmail.com

N/A

DIRECCION SUCURSAL/AGENCIA: CIUDAD: DEPARTAMENTO: PAIS: TELEFONO/FAX
cl 68 # 23 - 14 Bogotá D.C. Cundinamarca Colombia 2556548

TIPO DE EMPRESA:

☐ PUBLICA
☐ MIXTA
☒ PRIVADA
☐ EXTRANJERA

☐ INDUSTRIAL
☒ COMERCIAL
☐ ASEGURADOR
☐ SERVICIOS

☐ AGRICOLA
☐ FARMACEUTICA
☐ TRANSPORTES

☐ SERVICIOS DE SALUD
☐ SERVICIOS FINANCIEROS
☒ OTRA.

CUAL: PRODUCCION, COMERCIALIZACION, DISTRIBUCION Y VENTA DE BOLSAS PLASTICAS EN POLIETILENO.

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE: RENTA/CREE: IVA: LCA: CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA: 4759 2229

GRAN CONTRIBUYENTE: SI NO AGENTE RETENEDOR: SI NO AGENTE AUTORETENEDOR: SI NO

II. DECLARACIÓN 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, APOORTE O PARTICIPACION

NOMBRE COMPLETO O RAZON SOCIAL (DE REQUERIR UTILICE ANEXO)	% PARTICIPACION	TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION
MORALES SEGURA LUZ MARINA	25,00%	C.C. ☒ C.E. ☐ T.L. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	51.983.510
MORALES SEGURA MAGDA ESMERALDA	25,00%	C.C. ☒ C.E. ☐ T.L. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	52.475.069
MORALES SEGURA DAYSI ANDREA	25,00%	C.C. ☒ C.E. ☐ T.L. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	52.882.422
MORALES SEGURA SANDRA PATRICIA	25,00%	C.C. ☒ C.E. ☐ T.L. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	52.069.165

IV. INFORMACION FINANCIERA

INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	44.865.063	ACTIVOS TOTALES	482.677.000
INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES		PASIVOS TOTALES	124.473.000

EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	36.629.416	PATRIMONIO	358.204.000
EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES			
CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES:		DIFERENCIA EN CAMBIO	
CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES:		DIFERENCIA EN CAMBIO	

V. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

IMPORTACIONES ☐	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

Declare expresamente que:

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

PRODUCCION, COMERCIALIZACION, DISTRIBUCION Y VENTA DE BOLSAS PLASTICAS EN POLIETILENO.

2. Las actividades realizadas por la Empresa se efectúan dentro del Marco Legal. Los recursos que posee NO provienen de actividades ilícitas de conformidad con el Código 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 información 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 destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

VII. DOCUMENTOS REQUERIDOS

- Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.
- Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
- Fotocopia del documento de identificación del Representante legal de la Empresa.
- Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado.
- Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.

APODERADO

Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.

VIII. AUTORIZACION DE USO DE INFORMACION

CONSIDERACIONES

- 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 estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
- Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidas 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 utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
- Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes.
- Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón 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 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 prestación de servicios de salud.

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

I. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, donador, 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 determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos; c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre; d) El control y la prevención del riesgo; e) La liquidación y pago de cuentas; f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados; g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder 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) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud; j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud; k) Envío 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 comparados, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas 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, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros; c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación 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 adelanten gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros; e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

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 harán 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 Nacional de 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 INFORMACIÓN: 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 mí.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: 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 comportan, transfieren, transmiten, entreguen o divulgan, en desarrollo de lo 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 2 No 39-16, Bogotá DC. Teléfono 7560505 E-mail: dirfinanciera@subredsuroccidente.gov.co y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.

9. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS al tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizamos, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

IX. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO


 PERSONA SEGURA



Firma Cliente / Representante Legal

Huella Índice 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			

Nombre	Superplasticos ms Ltda
Número de identificación	900194521-2
Alias	
Fecha de reporte	Lunes 08 de Marzo del 2021, 7:25 am
Estado consulta	No reportado
País	Colombia
Jurisdicción	-
Canal	Otros
Origen de recursos	Desarrollo de actividad
Producto	Alto
Lista	No se encontro en ninguna lista
Actividad económica	4759 comercio al por menor de otros artículos domésticos en establecimientos especializados.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

TIPO DE RELACIÓN	INDICADOR PROVEEDOR	RESULTADO
Consulta	0%	0%
País	5%	0%
Jurisdicción	5%	0%
Canal	5%	5%
Actividad	20%	8%
Producto	5%	5%
Origen de recursos	20%	8%
PERFIL DE RIESGO		26%
		74%

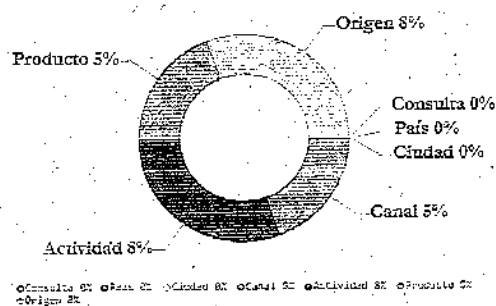
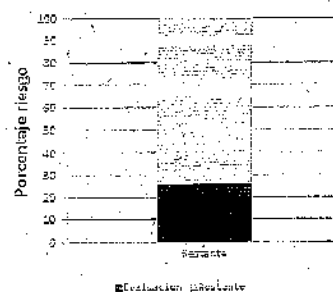
SEÑALES DE ALERTA

Sospechosa Inusual Intentada

OBSERVACIONES:

Sin observaciones

Firma



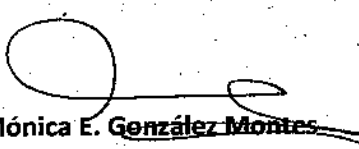
VERIFICACIÓN SARLAFT

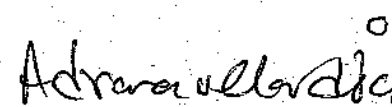
OBJETO: SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS DE ACUERDO CON LA DESCRIPCIÓN DEL ANEXO TÉCNICO, CON EL APOYO TECNOLÓGICO REQUERIDO, EN CADA UNA DE LAS UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD QUE CONFORMAN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

CP-003-2021

Bogotá, D.C., Marzo de 2021

CRITERIOS A EVALUAR	PROPONENTE
	DRAEGER COLOMBIA S.A.
	NIT: 900194910-4
CONDICIONES	CONDICIÓN
	SI/NO
1. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Jurídica, en cumplimiento de lo establecido	SI
2. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Natural, Representante Legal, en cumplimiento de lo establecido en la Circular Externa N° 009 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud. NOTA 3: El formato SARLAFT presentado en la propuesta debe ir en formato PDF con firma y huella dactilar del representante legal, sin modificar la estructura del mismo.	N/A
CRITERIO	HABILITADO


Mónica E. González Montes
Oficial de Cumplimiento


Adriana Milena Velandía Trujillo
Técnico Administrativo II

2. Concepto **02** Actualización

4. Número de formulario

14730271977



(415)7707212489984(8020) 0000014730271977

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

9 0 0 1 9 4 9 1 0

6. DV

4

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona jurídica

25. Tipo de documento

1

26. Número de Identificación

27. Fecha expedición

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

DRAEGER COLOMBIA S.A.

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

ED PUNTO 99 CR 11 A 98, 50 OF 603 604

42. Correo electrónico

colombia@draeger.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

6 3 5 8 8 8 1

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

4 6 5 9

47. Fecha inicio actividad

2 0 0 7 1 2 2 1

Actividad secundaria

48. Código

3 3 1 3

49. Fecha inicio actividad

2 0 0 7 1 2 2 1

Otras actividades

50. Código

1 2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 5 7 8 9 1 0 1 4 1 5 1 8 2 6 4 1 4 2 4 8 5 2

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

18- Precios de transferencia

07- Retención en la fuente a título de renta

26- Declaración individual precios de tran

08- Retención timbre nacional

41- Declaración anual de activos en el exte

09- Retención en la fuente en el impuesto

42- Obligado a llevar contabilidad

10- Obligado aduanero

43- Impuesto sobre las ventas - IVA

14- Informante de exogenea

52- Facturador electrónico

15- Autorretenedor

Obligados aduaneros

Exportadores

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

55. Forma 3 56. Tipo 3 57. Modo 2 58. CPC 9 7 8 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

☐

60. No. de Folios:

2

61. Fecha:

2021-01-12/10:40:27

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 CARDENAS OROZCO CLAUDIA PATRICIA

985. Cargo Gestor I

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14730271977



(415)7707212489984(8020) 0000014730271977

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

9 0 0 1 9 4 9 1 0

6. DV

4

12. Dirección seccional
Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza

2

63. Formas asociativas

3

65. Fondos

66. Cooperativas

68. Sin personería jurídica

69. Otras organizaciones no clasificadas

64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados.
67. Sociedades y organismos extranjeros
70. Beneficio

1

Constitución, Registro y Última Reforma

Composición del Capital

Documento	1. Constitución	2. Reforma	
71. Clase	0 5	0 5	82. Nacional 0 %
72. Número	0 2 9 5 9	6 3 3	83. Nacional público 0 0 %
73. Fecha	2 0 0 7 1 2 1 7	2 0 0 8 0 3 3 1	84. Nacional privado 0 0 %
74. Número de notaría	1 6	1 6	85. Extranjero 1 0 0 %
75. Entidad de registro	0 3	0 3	86. Extranjero público 0 0 %
76. Fecha de registro	2 0 0 8 0 1 1 6	2 0 0 8 0 4 0 4	87. Extranjero privado 1 0 0 0 %
77. No. Matricula mercantil	0 0 0 1 7 6 4 6 5 2	0 0 0 1 7 6 4 6 5 2	
78. Departamento	1 1	1 1	
79. Ciudad/Municipio	0 0 1	4	
Vigencia			
80. Desde	2 0 0 7 1 2 1 7		
81. Hasta	2 1 0 7 1 2 1 7		

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)	92. DV
1	8 0	2 0 1 5 0 1 0 1		
2	6 2	2 0 2 0 0 8 0 3		
3				
4				
5				

Vinculación económica

93. Vinculación económica 2	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial DRÄGER	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV
97. Nombre o razón social de la matriz o controlante Dräger Medical International GmbH			
170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior 22/291/13414	171. País ALEMANIA	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP 22/291/13414	
173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP DRÄGER MEDICAL INTERNATIONAL GMBH			

Espacio reservado para la DIAN.

4. Número de formulario

14730271977



(415)7707212489984(8020) 0000014730271977

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

9 0 0 1 9 4 9 1 0

6. DV

4

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

Representación

98. Representación REPRS LEGAL PRIN	99. Fecha inicio ejercicio representación 2 0 2 0 0 7 1 0
100. Tipo de documento Cédula de Extranjeri 2 2	101. Número de identificación 1 0 8 3 6 8 6
102. DV	103. Número de tarjeta profesional
104. Primer apellido RISSE	105. Segundo apellido AUBRY
106. Primer nombre FELIPE	107. Otros nombres JORGE
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV
110. Razón social representante legal	
98. Representación REPRS LEGAL SUPL	99. Fecha inicio ejercicio representación 2 0 2 0 1 0 1 5
100. Tipo de documento Cédula de Ciudadan 1 3	101. Número de identificación 1 1 3 6 8 8 2 3 0 6
102. DV	103. Número de tarjeta profesional
104. Primer apellido ARISTIZABAL	105. Segundo apellido JARAMILLO
106. Primer nombre LAURA	107. Otros nombres
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV
110. Razón social representante legal	
98. Representación REPRS LEGAL SUPL	99. Fecha inicio ejercicio representación 2 0 2 0 0 7 1 0
100. Tipo de documento Cédula de Ciudadan 1 3	101. Número de identificación 1 0 3 2 3 9 5 8 6 2
102. DV	103. Número de tarjeta profesional
104. Primer apellido LEON	105. Segundo apellido GONZALEZ
106. Primer nombre DIANA	107. Otros nombres PATRICIA
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV
110. Razón social representante legal	
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	
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	

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14730271977



(415)7707212489984(8020) 0000014730271977

5. Número de identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

9 0 0 1 9 4 9 1 0 4

Impuestos de Bogotá

3 2

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

111. Tipo de documento Pasaporte 4 1	112. Número de identificación F V 9 4 0 5 8 9	113. DV	114. Nacionalidad BRASIL	1 0 5
115. Primer apellido FERNANDEZ	116. Segundo apellido DA COSTA	117. Primer nombre PINTO	118. Otros nombres PAULO	
119. Razón social				
120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso 2 9 2 0 0 1 2 1	123. Fecha de retiro	
111. Tipo de documento Pasaporte 4 1	112. Número de identificación F Y 3 5 6 6 2 1	113. DV	114. Nacionalidad BRASIL	1 0 5
115. Primer apellido PARDO	116. Segundo apellido KABA	117. Primer nombre OMAR	118. Otros nombres WAJIH	
119. Razón social				
120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso 2 0 2 0 0 1 2 1	123. Fecha de retiro	
111. Tipo de documento Pasaporte 4 1	112. Número de identificación C 1 P W 5 1 M L M	113. DV	114. Nacionalidad ALEMANIA	2 3
115. Primer apellido FEISSER	116. Segundo apellido	117. Primer nombre CAROLINE	118. Otros nombres	
119. Razón social				
120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso 2 0 2 0 0 1 2 1	123. Fecha de retiro	
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	
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	

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14730271977



(415)7707212489984(6020) 0000014730271977

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 6. DV 12. Dirección seccional
9 0 0 1 9 4 9 1 0 4 Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal	124. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3	125. Número de identificación 1 0 3 2 3 7 2 3 6 5	126. DV	127. Número de tarjeta profesional 1 9 4 3 6 4 T
	128. Primer apellido BAUTISTA	129. Segundo apellido EUGENIO	130. Primer nombre LILIANA	131. Otros nombres MARCELA
	132. Número de Identificación Tributaria (NIT) 9 0 0 9 4 3 0 4 8	133. DV 4	134. Sociedad o firma designada PWC CONTADORES Y AUDITORES LTDA	
	135. Fecha de nombramiento 2 0 2 0 0 8 2 0			
Revisor fiscal suplente	136. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3	137. Número de identificación 1 1 1 5 0 7 5 3 0 2	138. DV	139. Número de tarjeta profesional 1 3 1 7 2 T
	140. Primer apellido VILLEGAS	141. Segundo apellido CORTES	142. Primer nombre SEBASTIAN	143. Otros nombres ELISEO
	144. Número de Identificación Tributaria (NIT) 9 0 0 9 4 3 0 4 8	145. DV 4	146. Sociedad o firma designada PWC CONTADORES Y AUDITORES LTDA	
	147. Fecha de nombramiento 2 0 2 0 0 8 2 0			
Contador	148. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3	149. Número de identificación 8 0 0 7 3 6 5 7	150. DV	151. Número de tarjeta profesional 1 4 7 8 7 3 T
	152. Primer apellido BARRETO	153. Segundo apellido SALAMANCA	154. Primer nombre JAVIER	155. Otros nombres ENRIQUE
	156. Número de Identificación Tributaria (NIT)	157. DV	158. Sociedad o firma designada	
	159. Fecha de nombramiento 2 0 1 6 0 1 2 5			

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

FECHA: 03.03.2021 CIUDAD: Bogotá D.C. DEPARTAMENTO: Cundinamarca

Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, 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 ☒ PROVEEDOR ☐ CONTRATISTA ☐ PARTICULAR ☐ OTRO CUAL:

I. DATOS DE LA PERSONA JURIDICA

RAZON SOCIAL: Draeger Colombia S.A. NIT: 900.194.910-4

REPRESENTANTE LEGAL: PRIMER APELLIDO: Rizzo SEGUNDO APELLIDO: Aubry NOMBRES: Felipe Jorge

CEDULA DE CIUDADANIA: ☐ NUMERO: LUGAR DE EXPEDICION: FECHA EXPEDICION: AAAA/MM/DD

CEDULA DE EXTRANJERIA: ☒ 1083686 Colombia 28.01.2020

FECHA NACIMIENTO: AAAA/MM/DD: 28.01.1970 LUGAR NACIMIENTO: Perú DEPARTAMENTO: NACIONALIDAD (1): Peruano NACIONALIDAD (2): Colombiano

DIRECCION DOMICILIO PRINCIPAL: Carrera 11a No. 98-50 CIUDAD: Bogotá DEPARTAMENTO: Cundinamarca PAIS: Colombia TELEFONO/FAX: 635-88 81

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:

PORTAL/PAGINA INTERNET:

colombia@draeger.com

www.draegercolombia.com

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

TIPO DE EMPRESA: ACTIVIDAD ECONOMICA:

☐ PUBLICA ☐ INDUSTRIAL ☐ AGRICOLA ☐ SERVICIOS DE SALUD
☐ MIXTA ☒ COMERCIAL ☐ FARMACEUTICA ☐ SERVICIOS FINANCIEROS
☐ PRIVADA ☐ ASEGURADOR ☐ TRANSPORTES ☐ OTRA
☐ EXTRANJERA ☐ SERVICIOS

CUAL: Venta de equipos médicos, accesorios y consumibles.

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE: RENTA/CREE: ☒ IVA: ☒ CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA: 4559 3313
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, APOORTE O PARTICIPACION

NOMBRE COMPLETO O RAZON SOCIAL (DE REQUERIR UTILICE ANEXO)	% PARTICIPACION	TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION
Draeger Colombia S.A	94%	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☒ OTRO ☐	2229113414
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	

IV. INFORMACION FINANCIERA

INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	4.833.077.917	ACTIVOS TOTALES	41.068.972.000
INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	361.482.833	PASIVOS TOTALES	23.269.347.000

EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	1.252.478.667	PATRIMONIO	17.799.625.000
EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	165.005.000		
CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES:		DIFERENCIA EN CAMBIO	
CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES:		DIFERENCIA EN CAMBIO	

V. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☒ NO ☐

IMPORTACIONES ☒	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):

Venta de equipos médicos, accesorios y consumibles.

2. Las actividades realizadas por la Empresa se efectuan dentro del Marco Legal. Los recursos que posee NO provienen de actividades ilícitas de conformidad con el Código 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 información 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 financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

VII. DOCUMENTOS REQUERIDOS

- Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Camara de Comercio.
- Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
- Fotocopia del documento de identificación del Representante legal de la Empresa.
- Fotocopia Declaración de Renta del ultimo periodo gravable declarado.
- 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

- 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 estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
- Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidas 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 utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
- Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratan observando las disposiciones legales vigentes.
- 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, entiendo 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 prestación 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 la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite 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 determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticos, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío 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 finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas 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, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación 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 celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fascoolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

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 harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo ha 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 Nacional de 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 1381 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

8. **RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA 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 2 No 39-16, Bogotá D.C., Teléfono 7560505 E-mail: dfinanciera@subredsuroccidente.gov.co y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración 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 términos 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

Felipe Jorge Risso Aubry

Firma Cliente / Representante Legal

Firma Domicilio 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			

REPORTE

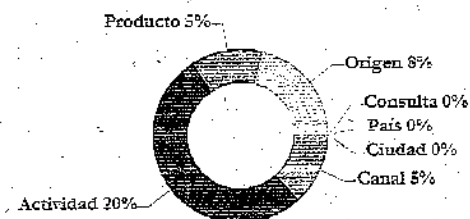
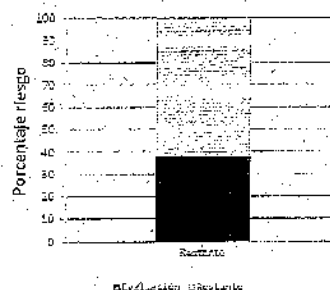
Nombre	Draeger colombia s.a.
Número de identificación	900194910-4
Alias	
Fecha de reporte	Lunes 08 de Marzo del 2021, 7:31 am
Estado consulta	No reportado
País	Colombia
Jurisdicción	-
Canal	Otros
Origen de recursos	Desarrollo de actividad
Producto	Alto
Lista	No se encontro en ninguna lista
Actividad 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%	0%
Canal	5%	5%
Actividad	20%	20%
Producto	5%	5%
Origen de recursos	20%	8%
PERFIL DE RIESGO		38%
		62%

SEÑALES DE ALERTA

Sospechosa Inusual Intentada



OBSERVACIONES:

Sin observaciones

Firma

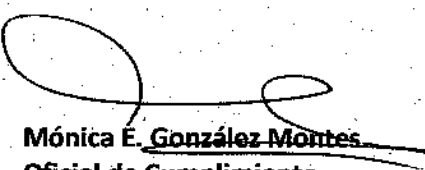
VERIFICACIÓN SARLAFT

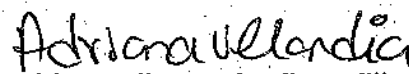
OBJETO: SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS DE ACUERDO CON LA DESCRIPCIÓN DEL ANEXO TÉCNICO, CON EL APOYO TECNOLÓGICO REQUERIDO, EN CADA UNA DE LAS UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD QUE CONFORMAN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

CP-003-2021

Bogotá, D.C., Marzo de 2021

CRITERIOS A EVALUAR	PROPONENTE
	M&M EQUIPOS MEDICOS SAS
	NIT: 830146016-6
CONDICIONES	CONDICIÓN
	SI/NO
1. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Jurídica, en cumplimiento de lo establecido	SI
2. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Natural, Representante Legal, en cumplimiento de lo establecido en la Circular Externa N° 009 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud. NOTA 3: El formato SARLAFT presentado en la propuesta debe ir en formato PDF con firma y huella dactilar del representante legal, sin modificar la estructura del mismo.	N/A
CRITERIO	HABILITADO


Mónica E. González Montes
Oficial de Cumplimiento


Adriana Milena Velandia Trujillo
Técnico Administrativo II

2. Concepto **13** Actualización de oficio

4. Número de formulario

14698378097



(415)7707212489984(8020) 0000014698378097

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

8 3 0 1 4 6 0 1 6

6

Impuestos de Bogotá

3

2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona jurídica

25. Tipo de documento

1

26. Número de identificación

27. Fecha expedición

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

M&M EQUIPOS MEDICOS S A S

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CL 98 70 91 OF 911

42. Correo electrónico

flora.forgua@mmequiposmedicos.com.co

43. Código postal

0

44. Teléfono 1

7 4 4 9 8 7 0

45. Teléfono 2

7 0 3 7 7 3 8

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

4 6 5 9

47. Fecha inicio actividad

2 0 0 4 0 8 1 0

Actividad secundaria

48. Código

4 6 4 5

49. Fecha inicio actividad

2 0 0 4 0 8 1 0

Otras actividades

1

2

50. Código

4 7 7 3

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 5 7 8 9 1 0 1 4 4 2 4 8 5 2

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario 48- Impuesto sobre las ventas - IVA

07- Retención en la fuente a título de rent 52- Facturador electrónico

08- Retención timbre nacional

09- Retención en la fuente en el impuesto

10- Obligado aduanero

14- Informante de exogena

42- Obligado a llevar contabilidad

Obligados aduaneros

Exportadores

54. Código 2 3

55. Forma 56. Tipo 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

2020-07-13/11:42:11

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

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14698378097



(415)7707212489984(8020) 0000014698378097

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

8 3 0 1 4 6 0 1 6

6. DV

6

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3. 2

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza

2

63. Formas asociativas

1 2

64. Entidades e institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados

67. Sociedades y organismos extranjeros

70. Beneficio

1

65. Fondos

66. Cooperativas

68. Sin personería jurídica

69. Otras organizaciones no clasificadas

Constitución, Registro y Última Reforma

Composición del Capital

Documento

1. Constitución

2. Reforma

71. Clase

0 5

0 5

72. Número

1 9 7 7

4 5 8 5

73. Fecha

2 0 0 4 0 8 1 0

2 0 0 6 1 1 3 0

74. Número de notaría

2 6

2 6

75. Entidad de registro

0 3

0 3

76. Fecha de registro

2 0 0 4 0 8 1 9

2 0 0 6 1 2 1 2

77. No. Matricula mercantil

1 4 0 5 5 3 7

1 4 0 5 5 3 7

78. Departamento

1 1

1 1

79. Ciudad/Municipio

0 0 1

0 0 1

82. Nacional

1 0 0 %

83. Nacional público

0 . 0 %

84. Nacional privado

1 0 0 . 0 %

85. Extranjero

0 %

86. Extranjero público

0 . 0 %

87. Extranjero privado

0 . 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)

92. DV

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

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14698378097



(415)7707212489984(8020) 000001469837809 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional
Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

8 3 0 1 4 6 0 1 6 | 6

3 2

Representación

98. Representación REPRS LEGAL PRIN		1 8		99. Fecha inicio ejercicio representación 2 0 0 4 - 0 8 - 1 0	
100. Tipo de documento Cédula de Ciudadan	101. Número de identificación 1 3	102. DV 1	103. Número de tarjeta profesional 1 9 4 0 0 4 6 1		
104. Primer apellido GONZALEZ	105. Segundo apellido DIAZ	106. Primer nombre MANUEL	107. Otros nombres RICARDO		
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal			
98. Representación REPRS LEGAL SUPL		1 9		99. Fecha inicio ejercicio representación 2 0 0 4 - 0 8 - 1 0	
100. Tipo de documento Cédula de Ciudadan	101. Número de identificación 1 3	102. DV 3	103. Número de tarjeta profesional 5 5 1 3 2 2 2		
104. Primer apellido FORIGUA	105. Segundo apellido SILVA	106. Primer nombre FLORALBA	107. Otros nombres		
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal			
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			
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			
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			

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14698378097



(415)7707212489984(8020) 000001469837809 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

8 3 0 1 4 6 0 1 6 6

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	5 1 7 3 5 4 0 4		6 8 9 8 1 T
	128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres
	RAMIREZ	CORTES	ANA	EDITH
Revisor fiscal suplente	132. Número de identificación Tributaria (NIT)	133. DV	134. Sociedad o firma designada	
	135. Fecha de nombramiento			
	2 0 1 0 0 2 1 1			
Contador	136. Tipo de documento	137. Número de identificación	138. DV	139. Número de tarjeta profesional
	Cédula de Ciudadanía 1 3	2 4 8 6 5 5 5 2		2 1 3 2 2 T
	140. Primer apellido	141. Segundo apellido	142. Primer nombre	143. Otros nombres
	RAMIREZ	CORTES	AYOLANY	DEL CARMEN
Contador	144. Número de identificación Tributaria (NIT)	145. DV	146. Sociedad o firma designada	
	147. Fecha de nombramiento			
	2 0 1 0 0 2 1 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
Contador	156. Número de identificación Tributaria (NIT)	157. DV	158. Sociedad o firma designada	
Contador	159. Fecha de nombramiento			

SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARLAFT *

FECHA: 2021-03-03 CIUDAD: Bogotá DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA

Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, 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 Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN LA EMPRESA (MARCA CON X)

☐ ASEGURADOR ☒ PROVEEDOR ☐ CONTRATISTA ☐ PARTICULAR ☐ OTRO CUAL:

I. DATOS DE LA PERSONA JURÍDICA

RAZÓN SOCIAL: M&M EQUIPOS MEDICOS SAS NIT: 830,146,016-6

REPRESENTANTE LEGAL: PRIMER APELLIDO GONZALEZ SEGUNDO APELLIDO DIAZ NOMBRES: MANUEL RICARDO

CEDULA DE CIUDADANIA: ☒ NUMERO: LUGAR DE EXPEDICION: FECHA EXPEDICION AAAA/MM/DD

CEDULA DE EXTRANJERIA: ☐ N/A N/A N/A

FECHA NACIMIENTO AAAA/MM/DD: 1960-06-02 LUGAR NACIMIENTO: BOGOTA DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA NACIONALIDAD (1): COLOMBIANA NACIONALIDAD (2): N/A

DIRECCION DOMICILIO PRINCIPAL: Calle 98 No. 70-91 OF 911 CIUDAD: BOGOTA DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA PAIS: COLOMBIANA TELEFONO/FAX:

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO: PORTAL/PAGINA INTERNET:

comercial@mmequiposmedicos.com.co www.mmequiposmedicos.com.co

DIRECCION SUCLRSAL/AGENCIA: N/A CIUDAD: N/A DEPARTAMENTO: N/A PAIS: N/A TELEFONO/FAX: N/A

TIPO DE EMPRESA: ACTIVIDAD ECONOMICA:

☐ PUBLICA ☐ INDUSTRIAL ☐ AGRICOLA ☐ SERVICIOS DE SALUD
☐ MIXTA ☒ COMERCIAL ☐ FARMACEUTICA ☐ SERVICIOS FINANCIEROS
☒ PRIVADA ☐ ASEGURADOR ☐ TRANSPORTES ☐ OTRA
☐ EXTRANJERA ☐ SERVICIOS

CUAL:

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE: RENTA-CREE: ☒ IVA: ☐ CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA: 4559 4645

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, APOORTE O PARTICIPACION

NOMBRE COMPLETO O RAZÓN SOCIAL (DE REQUERIR UTILICE ANEXO)	% PARTICIPACION	TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION
MANUEL RICARDO GONZALEZ DIAS	50%	C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	19.400.461
FLORALBA FORIGUASILVA	43%	C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	35.513.222
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	

IV. INFORMACION FINANCIERA

INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	533.760.837	ACTIVOS TOTALES	4.153.480.007
INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	1.180.306	PASIVOS TOTALES	734.418.073
EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	207.528.453	PATRIMONIO	3.419.061.934
EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	8.671.643		
CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES:	Intereses, Recuperación y Aprovechamiento.		
CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES:	Gastos Bancarios, Intereses, Diferencia en cambio, Descuentos comerciales		

V. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA:

SI ☐ NO ☒

IMPORTACIONES ☒	EXPORTACIONES ☐	INVERSIONES ☐
OPERACIONES DE REDESCUENTO ☐	LEASEING ☐	TRANSFERENCIAS ☒
PRESTAMOS MODENA EXTRANJERA ☐	PAGOS SERVICIOS ☐	OTRAS ☐

Especifique cual:

TIPO PRODUCTO	No DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO OPERACIÓN	CUIDAD	PAIS	MONEDA
CORRIENTE	0560474769999704	DAVIVIENDA	USD 25000	BOGOTA	COLOMBIA	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):

Distribuidora y comercializadora de dispositivos médicos de alta calidad

- Las actividades realizadas por la Empresa se efectúan dentro del Marco Legal. Los recursos que posee NO provienen de actividades ilícitas de conformidad con el Código Penal Colombiano.
- La información suministrada en este formulario es veraz y verificable, y me obligo a actualizarla cuando así se requiera.
- Cláusula para apoderados: Certifico que toda la información suministrada y de la cual no soy titular ha sido obtenida de acuerdo con los parámetros establecidos legalmente.
- Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato NO se destinaran a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

VII. DOCUMENTOS REQUERIDOS

- Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.
- Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
- Fotocopia del documento de identificación del Representante legal de la Empresa.
- Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado.
- Estados financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.

APODERADO

Ajunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.

VIII. AUTORIZACION DE USO DE INFORMACION

CONSIDERACIONES

- 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 estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
- Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 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 utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
- Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes.
- Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION



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 JURÍDICA

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 7360505 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 prestación 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 la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite 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 determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos; c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre; d) El control y la prevención del riesgo; e) La liquidación y pago de cuentas; f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados; g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder 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) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud; j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud; k) Envío 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 INFORMACIÓN: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmittidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas 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 derivadas de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros; c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación 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 celebración de contratos de seguros y/o reaseguros; e) A la UIAF, Fuscolida, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES: 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 harán 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 Nacional de 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 INFORMACIÓN: 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 mí.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: 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 comparten, transfieren, transmiten, 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, Bogotá DC, Teléfono 7360505 E-mail: dirfinanciera@subredsuroccidente.gov.co y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración 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 autorizamos, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

IX. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE ME SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMÓ EL PRESENTE DOCUMENTO

NIT: 900-959-048-4

S.A.S

Firma Cliente / Representante Legal

Huella Índice Derecho

X. INFORMACIÓN DE ENTREVISTA		XI. INFORMACIÓN DE VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN	
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			

REPORTE

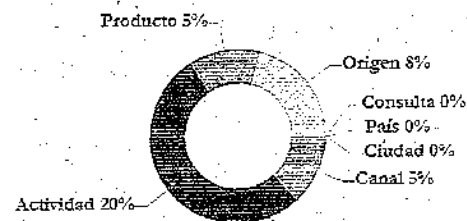
Nombre	M&m equipos medicos s a s
Número de identificación	830146016-6
Alias	
Fecha de reporte	Lunes 08 de Marzo del 2021, 7:35 am
Estado consulta	No reportado
País	Colombia
Jurisdicción	-
Canal	Otros
Origen de recursos	Desarrollo de actividad
Producto	Alto
Lista	No se encontro en ninguna lista
Actividad económica	4659 comercio al por mayor de otros tipos de maquinaria y equipo n.c.p.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

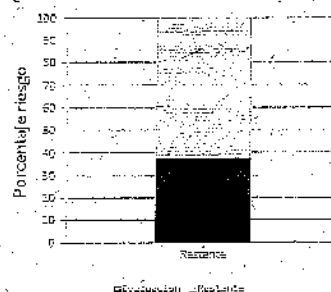
TIPO DE RELACIÓN	INDICADOR PROVEEDOR	RESULTADO
Consulta	0%	0%
País	5%	0%
Jurisdicción	5%	0%
Canal	5%	5%
Actividad	20%	20%
Producto	5%	5%
Origen de recursos	20%	8%
PERFIL DE RIESGO		38%
		62%

SEÑALES DE ALERTA

Sospechosa Inusual Intentada



0 Consulta 0% 0 País 0% 0 Ciudad 0% 0 Canal 5% 0 Actividad 20% 0 Producto 5% 0 Origen 8%



OBSERVACIONES:

Sin observaciones

Firma

ÁREA PRECONTRACTUAL SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDEN

<http://www.sarlaftcol.com/app/app/webroot/M&MEQUIPOSMEDICOSSAS.xls>

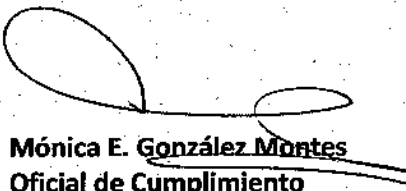
VERIFICACIÓN SARLAFT

OBJETO: SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS DE ACUERDO CON LA DESCRIPCIÓN DEL ANEXO TÉCNICO, CON EL APOYO TECNOLÓGICO REQUERIDO, EN CADA UNA DE LAS UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD QUE CONFORMAN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

CP-003-2021

Bogotá, D.C., Marzo de 2021

CRITERIOS A EVALUAR	PROPONENTE
	DISTRIBUIDORA COLOMBIANA DE MEDICAMENTOS S.A.S.-DISCOLMEDICA S.A.S
	NIT: 828002423-5
CONDICIONES	CONDICIÓN
	SI/NO
1. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Jurídica, en cumplimiento de lo establecido	SI
2. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Natural, Representante Legal, en cumplimiento de lo establecido en la Circular Externa N° 009 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud. NOTA 3: El formato SARLAFT presentado en la propuesta debe ir en formato PDF con firma y huella dactilar del representante legal, sin modificar la estructura del mismo.	N/A
CRITERIO	HABILITADO


Mónica E. González Montes
Oficial de Cumplimiento


Adriana Milena Velandia Trujillo
Técnico Administrativo II

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

FECHA: 2021-03-03 CIUDAD: BOGOTA D.C. DEPARTAMENTO: BOGOTA D.C.

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, 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 Políticas 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 ☒ PROVEEDOR ☐ CONTRATISTA ☐ PARTICULAR ☐ OTRO CUAL:

L DATOS DE LA PERSONA JURIDICA

RAZON SOCIAL: DISTRIBUIDORA COLOMBIANA DE MEDICAMENTOS S.A.S. - DISCOLMEDICA S.A.S. NIT: 828.002.423 - 5

REPRESENTANTE LEGAL: PRIMER APELLIDO: CORTES SEGUNDO APELLIDO: CUBILLOS NOMBRES: ADDY FERNANDO

CEDULA DE CIUDADANIA: ☒ NUMERO: 7.727.146 LUGAR DE EXPEDICION: NEIVA FECHA EXPEDICION: 03/04/2002

CEDULA DE EXTRANJERIA: ☐

FECHA NACIMIENTO: 1984-03-22 LUGAR NACIMIENTO: NEIVA DEPARTAMENTO: HUILA NACIONALIDAD (1): COLOMBIANO NACIONALIDAD (2):

DIRECCION DOMICILIO PRINCIPAL: CARRERA 12 # 12 - 32 CIUDAD: NEIVA DEPARTAMENTO: HUILA PAIS: COLOMBIA TELEFONO/FAX: (8) 8715505

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:

PORTAL/PAGINA INTERNET:

gerenda@discolmedica.com.co

www.discolmedica.com.co

DIRECCION SUCURSAL/AGENCIA: CALLE 15 # 33 - 02 CIUDAD: BOGOTA D.C. DEPARTAMENTO: BOGOTA D.C. PAIS: COLOMBIA TELEFONO/FAX: (1) 7023267

TIPO DE EMPRESA:

ACTIVIDAD ECONOMICA:

☐ PUBLICA ☐ INDUSTRIAL ☐ MIXTA ☒ COMERCIAL ☐ ASEGURADOR ☒ PRIVADA ☐ EXTRANJERA ☐ SERVICIOS

☐ AGRICOLA ☒ FARMACEUTICA ☐ TRANSPORTES

☐ SERVICIOS DE SALUD ☐ SERVICIOS FINANCIEROS ☐ OTRA

CUAL:

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:

RENTA/CREE

(SI) ☒ (NO) ☐

IVA

(SI) ☒ (NO) ☐

(SI) ☒ (NO) ☐

(SI) ☒ (NO) ☐

CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA

G - 4645

G - 4773

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, APOORTE O PARTICIPACION

NOMBRE COMPLETO O RAZON SOCIAL (DE REQUERIR UTILICE ANEXO)

% PARTICIPACION

TIPO DE IDENTIFICACION

NUMERO IDENTIFICACION

JULIO CESAR MENDEZ CADENA

90%

C.C. ☒

C.E. ☐

T.I. ☐

NI ☐

OTR ☐

4.920.194

RICARDO JAVIER MENDEZ HERNANDEZ	5%	C.C. ☒ C.E. ☐ T.J. ☐ N.I. ☐ OTR. ☐	1.075.315.426
LEONARDO MENDEZ HERNANDEZ	5%	C.C. ☒ C.E. ☐ T.J. ☐ N.I. ☐ OTR. ☐	1.075.282.202
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.J. ☐ N.I. ☐ OTR. ☐	

IV. INFORMACION FINANCIERA

INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	\$ 13.723.076.000	ACTIVOS TOTALES	\$ 78.208.211.000
INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	\$12.402.254	PASIVOS TOTALES	\$ 38.486.121.000
EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	\$ 12.373.148.000	PATRIMONIO	\$ 39.722.089.890
EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	\$ 54.378.083		
CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES:	RENDIMIENTOS, APROVECHAMIENTOS E INGRESOS VIGENTES ANTERIORES		
CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES:	COSTOS POR PRESTAMOS		

V. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA:		SI ☐ NO ☒
IMPORTACIONES ☐	EXPORTACIONES ☐	INVERSIONES ☐
OPERACIONES DE REDESCUENTO ☐	LEASING ☐	TRASFERENCIAS ☐
PRESTAMOS MODENA EXTRANJERA ☐	PAGOS SERVICIOS ☐	OTRAS ☐
Especifique cual: <div style="border: 1px solid black; width: 300px; height: 40px; display: inline-block;"></div>		

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):

COMERCIO AL POR MAYOR DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS, MEDICINALES, COSMETICOS Y DE TÓCADOR

2. Las actividades realizadas por la Empresa se efectúan dentro del Marco Legal. Los recursos que posee NO provienen de actividades ilícitas de conformidad con el Código 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 información 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 destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

VII. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.
2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
3. Fotocopia del documento de identificación del Representante legal de la Empresa.
4. Fotocopia Declaración de Renta del último período gravable declarado.
5. Estados Financieros del último período disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.

APODERADO

Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.

VIII. AUTORIZACIÓN 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 estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 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 utilización no requeriría 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 tratarán observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, entendiéndose 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 prestación 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 la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite 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 determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder 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) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío 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 finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas 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, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación 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 adelanten gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UTA, Faacolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

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 harán 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 Nacional de 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 mí.

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, transmita, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo 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, Bogotá DC, Teléfono 7560505 E-mail: dirfinanciera@subredsuroccidente.gov.co** y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración 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 términos que nos fueron informados en el presente documento.

2. Concepto **0 2** Actualización

4. Número de formulario

14739387588



(415)7707212489984(8020) 0000014739387588

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

8 2 8 0 0 2 4 2 3 5

- 6. DV

12. Dirección seccional
Impuestos y Aduanas de Neiva

14. Buzón electrónico

3

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona jurídica

1

25. Tipo de documento

26. Número de identificación

27. Fecha expedición

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

DISTRIBUIDORA COLOMBIANA DE MEDICAMENTOS S.A.S.-DISCOLMEDICA S.A.S

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Huila

40. Ciudad/Municipio

Neiva

0 0 1

41. Dirección principal

CR 12 12 32 BRR ALTICO

42. Correo electrónico

gerencia@discolmedica.com.co

43. Código postal

4 1 0 0 0 1

44. Teléfono 1

8 7 0 8 0 1 8

45. Teléfono 2

3 1 5 7 8 6 2 0 8 5

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

4 6 4 5

47. Fecha inicio actividad

2 0 0 3 0 9 2 5

Actividad secundaria

48. Código

4 7 7 3

49. Fecha inicio actividad

2 0 0 3 0 9 2 5

Otras actividades

50. Código

4 6 5 9

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

7 2

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 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
5 7 9 1 4 4 2 4 8 5 2

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

07- Retención en la fuente a título de rent

09- Retención en la fuente en el impuesto

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
11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

Exportadores

55. Forma 56. Tipo 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

2021 - 02 - 05 / 09 : 07: 03

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 CORTES CUBILLOS ADDY FERNANDO

985. Cargo Representante legal Certificado

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14739387588



(415)7707212489984(8020) 000001473938758 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

8 2 8 0 0 2 4 2 3 5

6. DV

12. Dirección seccional
Impuestos y Aduanas de Neiva

14. Buzón electrónico

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza

2

63. Formas asociativas

1 2

65. Fondos

66. Cooperativas

68. Sin personería jurídica

69. Otras organizaciones no clasificadas

64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados
67. Sociedades y organismos extranjeros
70. Beneficio

1

Constitución, Registro y Última Reforma

Composición del Capital

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 5	0 1
72. Número	2 0 1 5	
73. Fecha	2 0 0 3 0 9 2 5	2 0 2 0 1 0 2 3
74. Número de notaría	1	
75. Entidad de registro	0 3	0 3
76. Fecha de registro	2 0 0 3 1 0 0 3	2 0 2 0 1 1 0 3
77. No. Matricula mercantil	4 6 8 0 5	4 6 8 0 0 5
78. Departamento	1 8	4 1
79. Ciudad/Municipio	4 1	2 3
Vigencia		
80. Desde	2 0 0 3 0 9 2 5	2 0 0 3 0 9 2 5
81. Hasta	2 0 9 9 1 2 3 1	2 0 9 9 1 2 3 1

82. Nacional	1 0 0 %
83. Nacional público	0 . 0 %
84. Nacional privado	1 0 0 . 0 %
85. Extranjero	0 %
86. Extranjero público	0 . 0 %
87. Extranjero privado	0 . 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)	92. DV
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			

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14739387588



(415)7707212489984(8020) 0000014739387588

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional
Impuestos y Aduanas de Neiva

14. Buzón electrónico

8 2 8 0 0 2 4 2 3 | 5

1 3

Representación

98. Representación REPRS LEGAL PRIN		99. Fecha inicio ejercicio representación 2 0 2 1 0 1 0 4	
100. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía	101. Número de identificación 7 7 2 7 1 4 6	102. DV 1	103. Número de tarjeta profesional
104. Primer apellido CORTES	105. Segundo apellido CUBILLOS	106. Primer nombre ADDY	107. Otros nombres FERNANDO
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal	
98. Representación REPRS LEGAL SUPL		99. Fecha inicio ejercicio representación 2 0 2 1 0 1 0 7	
100. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía	101. Número de identificación 1 0 7 5 3 1 5 4 2 6	102. DV 1	103. Número de tarjeta profesional
104. Primer apellido MENDEZ	105. Segundo apellido HERNANDEZ	106. Primer nombre RICARDO	107. Otros nombres JAVIER
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal	
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	
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	
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	

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14739387588



(415)7707212489964(8020) 000001473938758 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

8 2 8 0 0 2 4 2 3

6. DV

5

12. Dirección seccional
Impuestos y Aduanas de Neiva

14. Buzón electrónico

1 3

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal	124. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía	125. Número de identificación 7 9 2 9 2 2 9 5	126. DV	127. Número de tarjeta profesional 1 1 8 7 0 3 T
	128. Primer apellido GONZALEZ	129. Segundo apellido RINCON	130. Primer nombre ROBERTO	131. Otros nombres
	132. Número de Identificación Tributaria (NIT) 8 3 0 0 8 0 4 7 1	133. DV 9	134. Sociedad o firma designada GONZALEZ WOODCOCK Y ASOCIADOS LTDA	
	135. Fecha de nombramiento 2 0 2 0 0 5 2 6			
Revisor fiscal suplente	136. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía	137. Número de identificación 7 9 6 8 9 7 8 2	138. DV	139. Número de tarjeta profesional 1 3 7 3 4 4 T
	140. Primer apellido CUBILLOS	141. Segundo apellido CUERVO	142. Primer nombre JORGE	143. Otros nombres EDUARDO
	144. Número de Identificación Tributaria (NIT)	145. DV	146. Sociedad o firma designada	
	147. Fecha de nombramiento 2 0 2 0 1 2 2 4			
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			

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14739387588



(415)7707212489984(8020) 0000014739387588

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

8 2 8 0 0 2 4 2 3

6. DV

5

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Neiva

14. Buzón electrónico

1 3

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

160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comercio 0 2	161. Actividad económica Comercio al por mayor de productos farmacéuticos, medicinales, cosméticos 4 6 4 5
162. Nombre del establecimiento DISCOLMEDICA SAS	
163. Departamento Huila 4 1	164. Ciudad/Municipio Neiva 0 0 1
165. Dirección CL 12 16 73 LC 2 BRR PRIMERO DE MAYO	
166. Número de matrícula mercantil 1 6 7 7 9 0	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 0 6 1 2 2 1
168. Teléfono 8 7 0 5 5 4 6	169. Fecha de cierre

160. Tipo de establecimiento Agencia 0 1	161. Actividad económica Comercio al por mayor de productos farmacéuticos, medicinales, cosméticos 4 6 4 5
162. Nombre del establecimiento AGENCIA DISCOLMEDICA	
163. Departamento Cundinamarca 2 5	164. Ciudad/Municipio Mosquera 4 7 3
165. Dirección CR 5 ESTE 20 69	
166. Número de matrícula mercantil 0 0 0 6 8 8 0 5	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 1 1 0 2 0 3
168. Teléfono 3 1 5 2 4 3 1 1 8 3	169. Fecha de cierre 2 0 1 2 0 4 1 0

160. Tipo de establecimiento Agencia 0 1	161. Actividad económica Comercio al por mayor de productos farmacéuticos, medicinales, cosmético 4 6 4 5
162. Nombre del establecimiento AGENCIA DISCOLMEDICA PITALITO	
163. Departamento Huila 4 1	164. Ciudad/Municipio Pitalito 5 5 1
165. Dirección CL 3 1 B 08 BRR QUINCHE	
166. Número de matrícula mercantil 2 1 9 3 6 6	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 1 1 0 4 2 9
168. Teléfono 8 3 5 0 6 6 1	169. Fecha de cierre

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14739387588



(415)7707212489984(8020) 0000014739387588

5. Número de identificación Tributaria (NIT)

8 2 8 0 0 2 4 2 3 5

6. DV

12. Dirección seccional
Impuestos y Aduanas de Neiva

14. Buzón electrónico

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

160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comercio 0 2	161. Actividad económica Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos 4 7 7 3
162. Nombre del establecimiento ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO DEDICADO AL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS AL SGSSS	
163. Departamento Huila 4 1	164. Ciudad/Municipio Neiva 0 0 1
165. Dirección CL 12 16 73 LC 1 BRR PRIMERO DE MAYO	
166. Número de matrícula mercantil 2 0 2 3 5 4	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 0 9 1 0 2 6
168. Teléfono 8 7 0 4 3 8 8	169. Fecha de cierre
160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comercio 0 2	
161. Actividad económica Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos 4 7 7 3	
162. Nombre del establecimiento AGENCIA DISCOLMEDICA IBAGUE	
163. Departamento Tolima 7 3	164. Ciudad/Municipio Ibagué 0 0 1
165. Dirección CL 40 5 41	
166. Número de matrícula mercantil 2 1 6 8 1 4	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 1 1 0 7 2 3
168. Teléfono 2 6 4 1 1 4 0	169. Fecha de cierre 2 0 1 2 0 4 2 0
160. Tipo de establecimiento Agencia 0 1	
161. Actividad económica Comercio al por mayor de productos farmacéuticos, medicinales, cosmético 4 6 4 5	
162. Nombre del establecimiento AGENCIA DISCOLMEDICA VILLAVICENCIO	
163. Departamento Meta 5 0	164. Ciudad/Municipio Villavicencio 0 0 1
165. Dirección CL 37 40 30 BRR BARZAL	
166. Número de matrícula mercantil 2 1 6 8 1 4	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 1 2 0 3 1 5
168. Teléfono 6 6 2 8 7 9 8	169. Fecha de cierre

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14739387588



(415)7707212489984(8020) 0000014739387588

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

8 2 8 0 0 2 4 2 3

5

Impuestos y Aduanas de Nalva

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

160. Tipo de establecimiento

Agencia

0 1

161. Actividad económica

Comercio al por mayor de productos farmacéuticos, medicinales, cosméticos

4

6

4

5

162. Nombre del establecimiento

AGENCIA DISCOLMEDICA BOGOTA

163. Departamento

Bogotá D.C.

1

164. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0

0

1

165. Dirección

CL 15 33 A 08

166. Número de matrícula mercantil

2 5 1 8 3 4 4

167. Fecha de la matrícula mercantil

2 0 1 4 1 1 1 1

168. Teléfono

4 5 3 7 9 8 8

169. Fecha de cierre

160. Tipo de establecimiento

Agencia

0 1

161. Actividad económica

Comercio al por mayor de productos farmacéuticos, medicinales, cosméticos

4

6

4

5

162. Nombre del establecimiento

AGENCIA DISCOLMEDICA CALI

163. Departamento

Valle del Cauca

7

164. Ciudad/Municipio

Cali

0

0

1

165. Dirección

CR 44 5 E 27

166. Número de matrícula mercantil

9 5 3 9 5 9 2

167. Fecha de la matrícula mercantil

2 0 1 6 0 5 1 1

168. Teléfono

3 1 5 3 8 1 7 7 1 1

169. Fecha de cierre

160. Tipo de establecimiento

Establecimiento de comercio

0 2

161. Actividad económica

Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos

4

7

7

3

162. Nombre del establecimiento:

ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS TUNJA

163. Departamento

Boyacá

1

164. Ciudad/Municipio

Tunja

0

0

1

165. Dirección

CL 47 5 46

166. Número de matrícula mercantil

0 0 1 4 2 8 0 7

167. Fecha de la matrícula mercantil

2 0 1 6 0 8 0 3

168. Teléfono

3 1 7 8 9 4 5 2 1 3

169. Fecha de cierre

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14739387588



(415)7707212489984(8020) 0000014739387588

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional
Impuestos y Aduanas de Neiva

14. Buzón electrónico

8 2 8 0 0 2 4 2 3 5

1 3

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

160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comercio 0 2	161. Actividad económica Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos 4 7 7 3
162. Nombre del establecimiento ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS CHIQUINQUIRA	
163. Departamento Boyacá 1 5	164. Ciudad/Municipio Chiquinquirá 1 7 6
165. Dirección C L 4 A N 5 08 BRR EL BOSQUE	
166. Número de matrícula mercantil 0 0 1 4 2 8 1 3	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 1 6 0 8 0 3
168. Teléfono 3 1 7 8 9 4 5 2 1 3	169. Fecha de cierre

160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comercio 0 2	161. Actividad económica Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos 4 7 7 3
162. Nombre del establecimiento ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS EN MONQUIRA	
163. Departamento Boyacá 1 5	164. Ciudad/Municipio Monquirá 4 6 9
165. Dirección CR 8 16 75 LC 1 BRR CENTRO	
166. Número de matrícula mercantil 0 0 1 4 2 8 1 0	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 1 6 0 8 0 3
168. Teléfono 3 1 7 8 9 4 5 2 1 3	169. Fecha de cierre

160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comercio 0 2	161. Actividad económica Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosmético 4 7 7 3
162. Nombre del establecimiento ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS DEL SGSS GARAGOA	
163. Departamento Boyacá 1 5	164. Ciudad/Municipio Garagoa 2 9 9
165. Dirección CR 8 7 A 26 BRR SANTA BARBARA	
166. Número de matrícula mercantil 0 0 1 4 2 8 4 9	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 1 6 0 8 0 5
168. Teléfono 3 1 7 8 9 4 5 2 1 3	169. Fecha de cierre

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14739387588



(415)7707212489984(8020) 0000014739387588

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

8 2 8 0 0 2 4 2 3 5

Impuestos y Aduanas de Neiva

1 3

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

160. Tipo de establecimiento
Establecimiento de comercio 0 2
161. Actividad económica
Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos 4 7 7 3
162. Nombre del establecimiento
ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS AL SGSSS SAN LUIS DE GANCENO

163. Departamento
Boyacá 1 5
164. Ciudad/Municipio
San Luis de Gaceno 6 6 7

165. Dirección
CR 4 3 74 BRR LA FLORESTA

166. Número de matrícula mercantil
0 0 1 4 2 8 5 1
167. Fecha de la matrícula mercantil
2 0 1 6 0 8 0 5

168. Teléfono
3 1 7 8 9 4 5 2 1 3
169. Fecha de cierre

160. Tipo de establecimiento
Establecimiento de comercio 0 2
161. Actividad económica
Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos 4 7 7 3

162. Nombre del establecimiento
ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS SGSSS TIBASOSA

163. Departamento
Boyacá 1 5
164. Ciudad/Municipio
Tibasosa 8 0 6

165. Dirección
CR 9 2 58

166. Número de matrícula mercantil
0 0 0 6 8 9 3 5
167. Fecha de la matrícula mercantil
2 0 1 6 0 8 0 4

168. Teléfono
3 1 7 8 9 4 5 2 1 3
169. Fecha de cierre

160. Tipo de establecimiento
Establecimiento de comercio 0 2
161. Actividad económica
Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos 4 7 7 3

162. Nombre del establecimiento
ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS SGSSS BELEN

163. Departamento
Boyacá 1 5
164. Ciudad/Municipio
Belén 0 8 7

165. Dirección
CR 4 3 53

166. Número de matrícula mercantil
0 0 0 8 2 3 3 1
167. Fecha de la matrícula mercantil
2 0 1 6 0 8 0 5

168. Teléfono
3 1 7 8 9 4 5 2 1 3
169. Fecha de cierre

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14739387588



(415)7707212489984(8020) 0000014739387588

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional
Impuestos y Aduanas de Nalva

14. Buzón electrónico

8 2 8 0 0 2 4 2 3 5

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

160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comercio 0 2	161. Actividad económica Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos 4 7 7 3
162. Nombre del establecimiento ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA SUMINISTRO MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS SGSSS	
163. Departamento Boyacá 1 5	164. Ciudad/Municipio Duitama 2 3 8
165. Dirección CL 9 34 09	
166. Número de matrícula mercantil 0 0 0 8 2 3 1 9	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 1 6 0 8 0 4
168. Teléfono 3 1 7 8 9 4 5 2 1 3	169. Fecha de cierre
160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comercio 0 2	161. Actividad económica Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos 4 7 7 3
162. Nombre del establecimiento ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA SUMINISTRO MEDICAMENTOS Y DM AL SGSSS	
163. Departamento Boyacá 1 5	164. Ciudad/Municipio Sogamoso 7 5 9
165. Dirección D G 13 N 13 66	
166. Número de matrícula mercantil 0 0 0 6 8 9 9 2	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 1 6 0 8 1 1
168. Teléfono 3 1 7 8 9 4 5 2 1 3	169. Fecha de cierre
160. Tipo de establecimiento Agencia 0 1	161. Actividad económica Comercio al por mayor de productos farmacéuticos, medicinales, cosméticos 4 6 4 5
162. Nombre del establecimiento AGENCIA DISCOLMEDICA TUNJA	
163. Departamento Boyacá 1 5	164. Ciudad/Municipio Tunja 0 0 1
165. Dirección CL 47 5 46 BRR LAS QUINTAS	
166. Número de matrícula mercantil 0 0 1 4 2 8 8 9	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 1 6 0 8 0 8
168. Teléfono 3 1 7 8 9 4 5 2 1 3	169. Fecha de cierre

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14739387588



(415)7707212489984(8020) 000001473938758 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

8 2 8 0 0 2 4 2 3

6. DV

5

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Neiva

14. Buzón electrónico

1 3

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

160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comercio 0 2	161. Actividad económica Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos 4 7 7 3
162. Nombre del establecimiento ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO PARA EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS FLORESTA	
163. Departamento Boyacá 1 5	164. Ciudad/Municipio Floresta 2 7 6
165. Dirección CL 5 2 07	
166. Número de matrícula mercantil 0 0 0 8 2 4 9 1	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 1 6 0 8 2 5
168. Teléfono 3 1 7 8 9 4 5 2 1 3	169. Fecha de cierre
160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comercio 0 2	161. Actividad económica Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos 4 7 7 3
162. Nombre del establecimiento ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO PARA EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS SOTAQUIRA	
163. Departamento Boyacá 1 5	164. Ciudad/Municipio Sotaquirá 7 6 3
165. Dirección CR 6 06 15	
166. Número de matrícula mercantil 0 0 0 8 2 4 9 2	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 1 6 0 8 2 5
168. Teléfono 3 1 7 8 9 4 5 2 1 3	169. Fecha de cierre
160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comercio 0 2	161. Actividad económica Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos 4 7 7 3
162. Nombre del establecimiento ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO PARA EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS GUATEQUE	
163. Departamento Boyacá 1 5	164. Ciudad/Municipio Guateque 3 2 2
165. Dirección CR 5 7 20	
166. Número de matrícula mercantil 0 0 1 4 3 2 8 6	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 1 6 0 8 2 5
168. Teléfono 3 1 7 8 9 4 5 2 1 3	169. Fecha de cierre

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14739387588



(415)7707212489984(8020) 0000014739387588

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional
Impuestos y Aduanas de Neiva

14. Buzón electrónico

8 2 8 0 0 2 4 2 3

5

1 3

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

160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comercio 0 2	161. Actividad económica Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos 4 7 7 3
162. Nombre del establecimiento ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS PARA S.G.S.S.S. GARZON	
163. Departamento Huila 4 1	164. Ciudad/Municipio Garzón 2 9 8
165. Dirección CR 8 5 27 LC 1 BRR EL CENTRO	
166. Número de matrícula mercantil 0 0 2 9 0 4 4 7	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 1 7 0 1 1 0
168. Teléfono 3 1 5 7 8 9 2 0 8 5	169. Fecha de cierre

160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comercio 0 2	161. Actividad económica Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos 4 7 7 3
162. Nombre del establecimiento ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS Y D.M SOATA	
163. Departamento Boyacá 1 5	164. Ciudad/Municipio Soatá 7 5 3
165. Dirección CL 6 6 71 LC 01	
166. Número de matrícula mercantil 0 0 0 8 3 4 8 0	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 1 7 0 1 1 1
168. Teléfono 3 1 7 8 9 4 5 2 1 3	169. Fecha de cierre 2 0 1 7 0 4 2 5

160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comercio 0 2	161. Actividad económica Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos 4 7 7 3
162. Nombre del establecimiento ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS SOACHA	
163. Departamento Cundinamarca 2 5	164. Ciudad/Municipio Soacha 7 5 4
165. Dirección CL 13 10 48	
166. Número de matrícula mercantil 0 2 8 1 5 1 0 1	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 1 7 0 5 1 1
168. Teléfono 3 1 7 4 3 5 2 2 8 9	169. Fecha de cierre

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14739387588



(415)7707212489984(8020) 0000014739387588

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

8 2 8 0 0 2 4 2 3 | 5

6. DV

12. Dirección seccional
Impuestos y Aduanas de Nariño

14. Buzón electrónico

1 3

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

160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comercio 0 2	161. Actividad económica Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosmético 4 7 7 3
162. Nombre del establecimiento ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA SUMINISTRO MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS SORACA	
163. Departamento Boyacá 1 5	164. Ciudad/Municipio Soracá 7 6 4
165. Dirección CR 6 4 47	
166. Número de matrícula mercantil 0 0 1 4 9 4 6 5	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 1 7 0 5 1 2
168. Teléfono 3 1 8 4 8 7 1 0 1 5	169. Fecha de cierre

160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comercio 0 2	161. Actividad económica Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos 4 7 7 3
162. Nombre del establecimiento ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS MOTAVITA	
163. Departamento Boyacá 1 5	164. Ciudad/Municipio Motavita 4 7 6
165. Dirección CL 3 1 66	
166. Número de matrícula mercantil 0 0 1 4 9 4 6 6	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 1 7 0 5 1 2
168. Teléfono 3 1 8 4 8 7 1 0 1 5	169. Fecha de cierre

160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comercio 0 2	161. Actividad económica Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosmético 4 7 7 3
162. Nombre del establecimiento ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS M.D. PITALITO	
163. Departamento Huila 4 1	164. Ciudad/Municipio Pitalito 5 5 1
165. Dirección CL 3 1 B 04 BRR QUINCHE	
166. Número de matrícula mercantil 0 0 2 9 9 4 1 6	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 1 7 0 6 2 2
168. Teléfono 8 3 5 0 6 6 1	169. Fecha de cierre

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14739387588



(415)7707212489984(8020) 000001473938758 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

8 2 8 0 0 2 4 2 3

6. DV

5

12. Dirección seccional
Impuestos y Aduanas de Neiva

14. Buzón electrónico

1 3

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

160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comercio 0 2	161. Actividad económica Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos 4 7 7 3
162. Nombre del establecimiento ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA EL SUMUNISTRO DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS BOGOTA	
163. Departamento Bogotá D.C. 1 1	164. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. 0 0 1
165. Dirección C R 37 N 15 24	
166. Número de matrícula mercantil 0 2 8 3 4 0 3 4	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 1 7 0 6 2 8
168. Teléfono	169. Fecha de cierre
160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comercio 0 2	
161. Actividad económica Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos 4 7 7 3	
162. Nombre del establecimiento ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS - SATIVASUR	
163. Departamento Boyacá 1 5	164. Ciudad/Municipio Sativasur 7 2 3
165. Dirección CL 3 2 19	
166. Número de matrícula mercantil 8 6 8 5 6	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 1 7 0 9 2 5
168. Teléfono 3 2 0 3 3 2 1 3 4 8	169. Fecha de cierre
160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comercio 0 2	
161. Actividad económica Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos 4 7 7 3	
162. Nombre del establecimiento ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS - MIRAFLORES	
163. Departamento Boyacá 1 5	164. Ciudad/Municipio Miraflores 4 5 5
165. Dirección CL 4 10 55	
166. Número de matrícula mercantil 1 5 3 0 5 6	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 1 7 0 9 2 6
168. Teléfono 3 2 0 3 2 1 3 4 8	169. Fecha de cierre

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14739387588



(415)7707212489984(8020) 0000014739387588

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional
Impuestos y Aduanas de Neiva

14. Buzón electrónico

8 2 8 0 0 2 4 2 3

5

1 3

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

160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comercio 0 2	161. Actividad económica Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos 4 7 7 3
162. Nombre del establecimiento ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA SUMINISTRO DE MEDICAMENTO - PACHAVITA	
163. Departamento Boyacá 1 5	164. Ciudad/Municipio Pachavita 5 1 1
165. Dirección CR 3 3 10	
166. Número de matrícula mercantil 1 5 3 0 5 5	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 1 7 0 9 2 6
168. Teléfono 3 2 0 3 3 2 1 3 4 8	169. Fecha de cierre

160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comercio 0 2	161. Actividad económica Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos 4 7 7 3
162. Nombre del establecimiento ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS - PUERTO BOYACA	
163. Departamento Boyacá 1 5	164. Ciudad/Municipio Puerto Boyacá 5 7 2
165. Dirección CL 15 2 05	
166. Número de matrícula mercantil 4 9 8 8 6	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 1 7 0 9 2 9
168. Teléfono 3 2 0 3 3 2 1 3 4 8	169. Fecha de cierre

160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comercio 0 2	161. Actividad económica Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos 4 7 7 3
162. Nombre del establecimiento ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS MEDICOQUIRURGICOS SGSSS LA PLATA	
163. Departamento Huila 4 1	164. Ciudad/Municipio La Plata 3 9 6
165. Dirección CR 6 4 41 LC 2 BRR EL CENTRO	
166. Número de matrícula mercantil 3 0 9 8 6 2	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 1 8 0 3 1 2
168. Teléfono 3 1 5 7 8 6 2 0 8 5	169. Fecha de cierre

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14739387588



(415)7707212489984(8020) 0000014739387588

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

8 2 8 0 0 2 4 2 3

6. DV

5

12. Dirección seccional
Impuestos y Aduanas de Nalva

14. Buzón electrónico

3

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

160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comercio 0 2	161. Actividad económica Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosmético 4 7 7 3
162. Nombre del establecimiento ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA SUMINISTRO Y DISPENSACION MEDICAMENTOS Y DM ACACIAS	
163. Departamento Meta 5 0	164. Ciudad/Municipio Acacias 0 0 6
165. Dirección CL 13 29 83 BRR LUMBARA-ACACIAS BRR CENTRO ACACIAS META	
166. Número de matrícula mercantil 3 5 1 4 5 5	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 1 9 0 5 0 6
168. Teléfono 6 6 2 2 3 5 4	169. Fecha de cierre
160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comercio 0 2	161. Actividad económica Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosmético 4 7 7 3
162. Nombre del establecimiento ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA SUMINISTRO Y DISPENSACION DE MEDICAMENTOS Y DM AL SGSSS GRANADA	
163. Departamento Meta 5 0	164. Ciudad/Municipio Granada 3 1 3
165. Dirección CR 13 12 59 BRR BELEN	
166. Número de matrícula mercantil 3 5 1 4 5 7	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 1 9 0 5 0 6
168. Teléfono 3 1 3 4 9 4 9 2 6 2	169. Fecha de cierre
160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comercio 0 2	161. Actividad económica Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosmético 4 7 7 3
162. Nombre del establecimiento ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA SUMINISTRO Y DISPENSACION MEDICAMENTOS Y DM AL SGSSS PUERTO LOPEZ	
163. Departamento Meta 5 0	164. Ciudad/Municipio Puerto López 5 7 3
165. Dirección CL 6 12 26 BRR CENTRO	
166. Número de matrícula mercantil 3 5 1 4 5 6	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 1 9 0 5 0 6
168. Teléfono 6 6 2 2 3 5 4	169. Fecha de cierre

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14739387588



(415)7707212489984(8020) 0000014739387588

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

5. DV

12. Dirección seccional
Impuestos y Aduanas de Neiva

14. Buzón electrónico

8 2 8 0 0 2 4 2 3 5

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

160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comercio 0 2	161. Actividad económica Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos 4 7 7 3
162. Nombre del establecimiento ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA SUMINISTRO Y DISPENSACION MEDICAMENTOS Y DM AL SGSSS PUERTO GAITAN	
163. Departamento Meta	164. Ciudad/Municipio Puerto Gaitán
165. Dirección CL 14 9 74 BRR CENTRO	
166. Número de matrícula mercantil 3 5 1 4 5 8	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 1 9 0 5 0 6
168. Teléfono 6 6 2 2 3 5 4	169. Fecha de cierre

160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comercio 0 2	161. Actividad económica Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos 4 7 7 3
162. Nombre del establecimiento ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA SUMINISTRO Y DM VILLAVICENCIO 2	
163. Departamento Meta	164. Ciudad/Municipio Villavicencio
165. Dirección CR 40 30 26 BRR MAIZARO	
166. Número de matrícula mercantil 3 5 1 4 5 4	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 1 9 0 5 0 6
168. Teléfono 3 1 8 8 0 4 1 4 8 1	169. Fecha de cierre

160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comercio 0 2	161. Actividad económica Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos 4 7 7 3
162. Nombre del establecimiento ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS Y DM FLORENCIA	
163. Departamento Cauquetá	164. Ciudad/Municipio Florencia
165. Dirección CR 9 B 6 27	
166. Número de matrícula mercantil 1 1 0 1 0 6	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 1 9 0 5 2 1
168. Teléfono 3 1 7 5 1 5 9 7 3 8	169. Fecha de cierre

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14739387588



(415)7707212489984(8020) 0000014739387588

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

8 2 8 0 0 2 4 2 3

6. DV

5

12. Dirección seccional
Impuestos y Aduanas de Neiva

14. Buzón electrónico

3

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

160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comercio 0 2	161. Actividad económica Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos 4 7 7 3
162. Nombre del establecimiento ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA SUMINISTRO Y DISPENSACION DE MEDICAMENTOS Y DM AL SGSSS VILLAVICENCIO	
163. Departamento Meta 5 0	164. Ciudad/Municipio Villavicencio 0 0 1
165. Dirección CL 37 40 32	
166. Número de matrícula mercantil 3 0 3 8 0 1	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 1 6 1 0 2 0
168. Teléfono 3 1 8 8 0 4 1 4 8 1	169. Fecha de cierre
160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comercio 0 2	
161. Actividad económica Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos 4 7 7 3	
162. Nombre del establecimiento ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA SUMINISTRO Y DISPENSACION MEDICAMENTOS Y DM AL SGSSS TUNJA 2	
163. Departamento Boyacá 1 5	164. Ciudad/Municipio Tunja 0 0 1
165. Dirección CR 10 29 58	
166. Número de matrícula mercantil 1 7 3 4 9 5	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 1 9 0 7 2 3
168. Teléfono 3 1 7 8 9 4 5 2 1 3	169. Fecha de cierre 2 0 1 9 0 9 2 0
160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comercio 0 2	
161. Actividad económica Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos 4 7 7 3	
162. Nombre del establecimiento ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA SUMINISTRO Y DISPENSACION MEDICAMENTOS Y DM AL SGSSS IBAGUE	
163. Departamento Tolima 7 3	164. Ciudad/Municipio Ibagué 0 0 1
165. Dirección AV AMBALEMA 36 A 50	
166. Número de matrícula mercantil 3 0 6 6 3 0	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 1 9 0 7 2 2
168. Teléfono 3 1 6 2 8 8 4 7 2 5	169. Fecha de cierre

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14739387588



(415)7707212489984(8020) 000001473938758 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional
Impuestos y Aduanas de Nalva

14. Buzón electrónico

8 2 8 0 0 2 4 2 3

5

1 3

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

160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comercio 0 2	161. Actividad económica Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos 4 7 7 3
162. Nombre del establecimiento ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA SUMINISTRO Y DISPENSACION DE MEDICAMENTOS Y DM ESPINAL	
163. Departamento Tolima 7 3	164. Ciudad/Municipio Espinal 2 6 8
165. Dirección CR 6 6 07	
166. Número de matrícula mercantil 9 9 6 2 1	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 1 9 0 7 1 9
168. Teléfono 3 1 7 4 2 8 1 7 9 5	169. Fecha de cierre

160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comercio 0 2	161. Actividad económica Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos 4 7 7 3
162. Nombre del establecimiento ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA SUMINISTRO Y DISPENSACION MEDICAMENTOS Y DM AL SGSSS LA DORADA	
163. Departamento Caldas 1 7	164. Ciudad/Municipio La Dorada 3 8 0
165. Dirección CR 9 12 26	
166. Número de matrícula mercantil 5 5 0 9 8	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 1 9 0 8 0 1
168. Teléfono 3 1 7 3 7 6 4 0 2 9	169. Fecha de cierre

160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comercio 0 2	161. Actividad económica Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos 4 7 7 3
162. Nombre del establecimiento ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA SUMINISTRO Y DISPENSACION MEDICAMENTOS Y DM MARIQUITA	
163. Departamento Tolima 7 3	164. Ciudad/Municipio Mariquita 4 4 3
165. Dirección CL 11 4 20	
166. Número de matrícula mercantil 6 6 8 5 6	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 1 9 0 7 2 2
168. Teléfono 3 1 6 5 2 4 4 8 5 8	169. Fecha de cierre

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14739387588



(415)7707212489984(8020) 000001473938758 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

8 2 8 0 0 2 4 2 3

6. DV

5

12. Dirección seccional
Impuestos y Aduanas de Neiva

14. Buzón electrónico

3

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

160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comerci 0 2	161. Actividad económica Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos 4 7 7 3
162. Nombre del establecimiento ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA SUMINISTRO Y DISPENSACION MEDICAMENTOS Y DM AL SGSSS MOCOA	
163. Departamento Putumayo 8 6	164. Ciudad/Municipio Mocoa 0 0 1
165. Dirección CL 14 8 24	
166. Número de matrícula mercantil 7 3 4 8 2	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 1 9 1 1 1 3
168. Teléfono 3 1 8 7 5 2 4 8 8 3	169. Fecha de cierre
160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comerci 0 2	161. Actividad económica Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos 4 7 7 3
162. Nombre del establecimiento ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA SUMINISTRO Y DISPENSACION MEDICAMENTOS Y DM AL SGSSS NUEVO COLON	
163. Departamento Boyacá 1 5	164. Ciudad/Municipio Nuevo Colón 4 9 4
165. Dirección CR 3 2 35 BRR CENTRO	
166. Número de matrícula mercantil 1 7 6 3 1 2	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 1 9 1 1 0 8
168. Teléfono 3 1 7 4 2 7 4 5 5 7	169. Fecha de cierre
160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comerci 0 2	161. Actividad económica Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos 4 7 7 3
162. Nombre del establecimiento ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA SUMINISTRO Y DISPENSACION MEDICAMENTOS Y DM AL SGSSS CAMPOALEGRE	
163. Departamento Huila 4 1	164. Ciudad/Municipio Campoalegre 1 3 2
165. Dirección CR 9 17 45 51	
166. Número de matrícula mercantil 3 3 4 4 9 9	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 1 9 1 1 2 7
168. Teléfono 3 1 7 6 5 9 0 0 2 1	169. Fecha de cierre

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14739387588



(415)7707212489984(8020) 0000014739387588

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

8 2 8 0 0 2 4 2 3

6. DV

5

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Neiva

14. Buzón electrónico

3

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

160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comercio 0 2	161. Actividad económica Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos 4 7 7 3
162. Nombre del establecimiento ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA SUMINISTRO Y DISPENSACION MEDICAMENTOS Y DM AL SGSSS IPIALES	
163. Departamento Nariño 5 2	164. Ciudad/Municipio Ipiiales 3 5 6
165. Dirección CR 6 C 26 15 BRR KENNEDY	
166. Número de matrícula mercantil 4 6 7 5 3	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 1 9 1 2 0 3
168. Teléfono 3 2 0 3 3 2 1 3 4 8	169. Fecha de cierre
160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comercio 0 2	161. Actividad económica Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos 4 7 7 3
162. Nombre del establecimiento ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA SUMINISTRO Y DISPENSACION MEDICAMENTOS Y DM AL SGSSS YOPAL	
163. Departamento Casanare 8 5	164. Ciudad/Municipio Yopal 0 0 1
165. Dirección CL 10 24 40	
166. Número de matrícula mercantil 1 4 4 5 9 7	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 1 9 0 9 2 4
168. Teléfono 3 1 8 8 0 4 1 4 8 1	169. Fecha de cierre
160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comercio 0 2	161. Actividad económica Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos 4 7 7 3
162. Nombre del establecimiento ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA SUMINISTRO Y DISPENSACION MEDICAMENTOS Y DM AL SGSSS POPAYAN	
163. Departamento Cauca 1 9	164. Ciudad/Municipio Popayán 0 0 1
165. Dirección CR 7 9 N 12	
166. Número de matrícula mercantil 1 9 6 0 9 1	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 1 9 1 0 1 5
168. Teléfono 3 1 6 5 2 1 1 9 5 2	169. Fecha de cierre

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14739387588



(415)7707212489984(8020) 0000014739387588

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

8 2 8 0 0 2 4 2 3

6. DV

5

12. Dirección seccional
Impuestos y Aduanas de Neiva

14. Buzón electrónico

3

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

160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comerci 0 2	161. Actividad económica Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos 4 7 7 3
162. Nombre del establecimiento ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA SUMINISTRO Y DISPENSACION MEDICAMENTOS Y DM AL SGSSS SANTANDER DE QUILICHAO	
163. Departamento Cauca 1 9	164. Ciudad/Municipio Santander de Quilichao 6 9 8
165. Dirección CR 10 3 S 04	
166. Número de matrícula mercantil 1 9 6 0 9 0	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 1 9 1 0 1 5
168. Teléfono 2 8 4 4 3 3 7 4	169. Fecha de cierre
160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comerci 0 2	
161. Actividad económica Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos 4 7 7 3	
162. Nombre del establecimiento ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA SUMINISTRO Y DISPENSACION MEDICAMENTOS Y DM AL SGSSS PASTO	
163. Departamento Nariño 5 2	164. Ciudad/Municipio Pasto 0 0 1
165. Dirección CR 31 C 19 22 BRR LAS CUADRAS	
166. Número de matrícula mercantil 1 9 4 6 9 7	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 1 9 1 0 2 2
168. Teléfono 3 2 7 3 8 5 1 5 0	169. Fecha de cierre
160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comerci 0 2	
161. Actividad económica Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos 4 7 7 3	
162. Nombre del establecimiento ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA SUMINISTRO Y DISPENSACION MEDICAMENTOS Y DM AL SGSSS LIBANO	
163. Departamento Tolima 7 3	164. Ciudad/Municipio Libano 4 1 1
165. Dirección CL 2 8 29	
166. Número de matrícula mercantil 6 7 9 4 7	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 2 0 0 1 2 2
168. Teléfono 3 1 5 3 8 1 7 8 1 1	169. Fecha de cierre

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14739387588



(415)7707212489984(8020) 0000014739387588

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

8 2 8 0 0 2 4 2 3

6. DV

5

12. Dirección seccional
Impuestos y Aduanas de Neiva

14. Buzón electrónico

1 3

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

160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comercio 0 2	161. Actividad económica Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos 4 7 7 3
162. Nombre del establecimiento ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA EL SUMINISTRO Y DISPENSACION DE MEDICAMENTOS Y DM AL SGSSS CHAPARRAL	
163. Departamento Tolima 7 3	164. Ciudad/Municipio Chaparral 1 6 8
165. Dirección CR 9 2 41	
166. Número de matrícula mercantil 1 0 1 5 1 1	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 2 0 0 1 2 1
168. Teléfono 3 1 5 3 8 1 7 8 1 1	169. Fecha de cierre
160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comercio 0 2	161. Actividad económica Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos 4 7 7 3
162. Nombre del establecimiento ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA EL SUMINISTRO Y DISPENSACION DE MEDICAMENTOS Y DM AL SGSSS SANTA ROSA DE VITERBO	
163. Departamento Boyacá 1 5	164. Ciudad/Municipio Santa Rosa de Viterbo 6 9 3
165. Dirección CR 5 5 A 29	
166. Número de matrícula mercantil 9 8 6 3 7	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 2 0 0 4 0 8
168. Teléfono 3 1 9 2 9 2 9 5 1 0	169. Fecha de cierre
160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comercio 0 2	161. Actividad económica Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos 4 7 7 3
162. Nombre del establecimiento ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA EL SUMINISTRO Y DISPENSACION DE MEDICAMENTOS Y DM AL SGSSS PEREIRA	
163. Departamento Risaralda 6 6	164. Ciudad/Municipio Pereira 0 0 1
165. Dirección AV TREINA DE AGOSTO 48 31	
166. Número de matrícula mercantil 1 8 1 7 5 1 8 8	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 2 0 0 6 3 0
168. Teléfono 3 1 8 7 8 4 8 2 5 5	169. Fecha de cierre

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14739387588



(415)7707212489984(8020) 0000014739387588

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

8 2 8 0 0 2 4 2 3

6. DV

5

12. Dirección seccional
Impuestos y Aduanas de Naiva

14. Buzón electrónico

1 3

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

160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comercio 0 2	161. Actividad económica Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos 4 7 7 3
162. Nombre del establecimiento ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA EL SUMINISTRO Y DISPENSACION DE MEDICAMENTOS Y DM AL SGSSS ARMENIA	
163. Departamento Quindío 6 3	164. Ciudad/Municipio Armenia 0 0 1
165. Dirección CL 10 15 29 LC 2 ED PROVENZA	
166. Número de matrícula mercantil 2 4 2 5 3 0	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 2 0 0 6 0 9
168. Teléfono 3 1 8 7 8 4 9 1 6 0	169. Fecha de cierre
160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comercio 0 2	161. Actividad económica Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos 4 7 7 3
162. Nombre del establecimiento ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA EL SUMINISTRO Y DISPENSACION DE MEDICAMENTOS Y DM AL SGSSS MANIZALES	
163. Departamento Caldas 1 7	164. Ciudad/Municipio Manizales 0 0 1
165. Dirección CR 23 A 60 86	
166. Número de matrícula mercantil 2 0 7 0 9 5	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 2 0 0 6 0 3
168. Teléfono 3 1 2 2 6 0 5 5 1 1	169. Fecha de cierre
160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comercio 0 2	161. Actividad económica Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos 4 7 7 3
162. Nombre del establecimiento ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA EL SUMINISTRO Y DISPENSACION DE MEDICAMENTOS Y DM AL SGSSS PAUNA	
163. Departamento Boyacá 1 5	164. Ciudad/Municipio Pauna 5 3 1
165. Dirección CL 6 6 54	
166. Número de matrícula mercantil 1 8 2 0 7 7	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 2 0 0 7 1 1
168. Teléfono 3 1 6 8 3 0 2 0 2 0	169. Fecha de cierre

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14739387588



(415)7707212489984(8020) 0000014739387588

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

8 2 8 0 0 2 4 2 3

5

Impuestos y Aduanas de Nariño

3

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

160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comercio 0 2	161. Actividad económica Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos 4 7 7 3
162. Nombre del establecimiento ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA EL SUMINISTRO Y DISPENSACION DE MEDICAMENTOS Y DM AL SGSSS SABOYA	
163. Departamento Boyacá 1 5	164. Ciudad/Municipio Saboya 6 3 2
165. Dirección CL 11 5 23 LC 1	
166. Número de matrícula mercantil 1 8 2 3 3 1	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 2 0 0 7 1 7
168. Teléfono 3 1 6 8 3 0 2 0 2 0	169. Fecha de cierre

160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comercio 0 2	161. Actividad económica Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos 4 7 7 3
162. Nombre del establecimiento ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA EL SUMINISTRO Y DISPENSACION DE MEDICAMENTOS Y DM AL SGSSS CALI	
163. Departamento Valle del Cauca 7 6	164. Ciudad/Municipio Cali 0 0 1
165. Dirección AV ROSEVELT 42 90	
166. Número de matrícula mercantil 1 0 8 7 0 3 5 2	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 2 0 0 7 1 0
168. Teléfono 3 1 2 2 6 0 5 5 1 1	169. Fecha de cierre

160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comercio 0 2	161. Actividad económica Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos 4 7 7 3
162. Nombre del establecimiento ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA EL SUMINISTRO Y DISPENSACION DE MEDICAMENTOS Y DM AL SGSSS VITERBO	
163. Departamento Caldas 1 7	164. Ciudad/Municipio Viterbo 8 7 7
165. Dirección CL 8 8 47	
166. Número de matrícula mercantil 2 0 8 3 6 1	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 2 0 0 7 2 9
168. Teléfono 3 1 8 7 8 0 3 2 6 8	169. Fecha de cierre

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14739387588



(415)7707212489984(8020) 0000014739387588

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

8 2 8 0 0 2 4 2 3

6. DV

5

12. Dirección seccional
Impuestos y Aduanas de Neiva

14. Buzón electrónico

3

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

160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comercio 0 2	161. Actividad económica Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos 4 7 7 3
162. Nombre del establecimiento ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA EL SUMINISTRO Y DISPENSACION DE MEDICAMENTOS Y DM AL SGSSS SAN VICENTE DEL CAGUAN	
163. Departamento Caquetá 1 8	164. Ciudad/Municipio San Vicente del Caguán 7 5 3
165. Dirección CL 4 3 5 E 2 S C 5 R 16	
166. Número de matrícula mercantil 1 1 5 5 7 1	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 2 0 0 7 3 0
168. Teléfono 3 1 8 2 0 6 6 8 4 0	169. Fecha de cierre

160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comercio 0 2	161. Actividad económica Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos 4 7 7 3
162. Nombre del establecimiento ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA EL SUMINISTRO Y DISPENSACION DE MEDICAMENTOS Y DM AL SGSSS SAMACA	
163. Departamento Boyacá 1 5	164. Ciudad/Municipio Samacá 6 4 6
165. Dirección CR 8 4 07 LC 3	
166. Número de matrícula mercantil 1 8 2 7 8 0	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 2 0 0 8 0 3
168. Teléfono 3 1 6 8 3 0 2 0 2 0	169. Fecha de cierre

160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comercio 0 2	161. Actividad económica Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos 4 7 7 3
162. Nombre del establecimiento ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA EL SUMINISTRO Y DISPENSACION DE MEDICAMENTOS Y DM AL SGSSS VILLA DE LEYVA	
163. Departamento Boyacá 1 5	164. Ciudad/Municipio Villa de Leyva 4 0 7
165. Dirección CR 9 4 48	
166. Número de matrícula mercantil 1 8 2 7 7 9	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 2 0 0 8 0 3
168. Teléfono 3 1 6 8 3 0 2 0 2 0	169. Fecha de cierre

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14739387588



(415)7707212489984(8020) 000001473938758 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

8 2 8 0 0 2 4 2 3

6. DV

5

12. Dirección seccional
Impuestos y Aduanas de Neiva

14. Buzón electrónico

3

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

160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comercio 0 2	161. Actividad económica Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosmético 4 7 7 3
162. Nombre del establecimiento ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA EL SUMINISTRO Y DISPENSACION DE MEDICAMENTOS Y DM AL SGSSS DORADA 2	
163. Departamento Caldas 1 7	164. Ciudad/Municipio La Dorada 3 8 0
165. Dirección CR 9 47 A 22 LC 102	
166. Número de matrícula mercantil 5 7 5 7 6	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 2 0 0 8 1 9
168. Teléfono 3 1 7 3 7 0 4 0 2 9	169. Fecha de cierre

160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comercio 0 2	161. Actividad económica Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos 4 7 7 3
162. Nombre del establecimiento ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA EL SUMINISTRO Y DISPENSACION DE MEDICAMENTOS Y DM AL SGSSS CHINCHINA	
163. Departamento Caldas 1 7	164. Ciudad/Municipio Chinchiná 1 7 4
165. Dirección CL 12 5 35	
166. Número de matrícula mercantil 2 5 1 9 8	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 2 0 0 8 2 5
168. Teléfono 3 1 8 7 8 0 3 2 6 8	169. Fecha de cierre

160. Tipo de establecimiento Agencia 0 1	161. Actividad económica Comercio al por mayor de productos farmacéuticos, medicinales, cosmético 4 6 4 5
162. Nombre del establecimiento AGENCIA DISCOLMEDICA PEREIRA	
163. Departamento Risaralda 6 6	164. Ciudad/Municipio Pereira 0 0 1
165. Dirección AV TREINTA DE AGOSTO 48 31	
166. Número de matrícula mercantil 1 8 1 7 7 6 8 9	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 2 0 0 9 1 0
168. Teléfono 3 1 8 7 8 4 8 2 5 5	169. Fecha de cierre

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14739387588



(415)7707212489984(8020) 0000014739387588

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

8 2 8 0 0 2 4 2 3 5

6. DV

12. Dirección seccional
Impuestos y Aduanas de Neiva

14. Buzón electrónico

1 3

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

160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comercio 0 2	161. Actividad económica Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos 4 7 7 3
162. Nombre del establecimiento ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA EL SUMINISTRO Y DISPENSACION DE MEDICAMENTOS Y DM YUMBO	
163. Departamento Valle del Cauca 7 6	164. Ciudad/Municipio Yumbo 8 9 2
165. Dirección CL 9 10 08	
166. Número de matrícula mercantil 1 1 0 1 3 1 4	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 2 0 1 1 8
168. Teléfono 6 9 3 3 5 2 3	169. Fecha de cierre

160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comercio 0 2	161. Actividad económica Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos 4 7 7 3
162. Nombre del establecimiento ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA EL SUMINISTRO Y DISPENSACION DE MEDICAMENTOS Y DM PAZ DEL RIO	
163. Departamento Boyacá 1 5	164. Ciudad/Municipio Paz de Río 5 3 7
165. Dirección CL 8 1 47	
166. Número de matrícula mercantil 1 0 1 1 3 2	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 2 0 1 1 8
168. Teléfono 3 1 7 4 3 3 8 9 9 0	169. Fecha de cierre

160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comercio 0 2	161. Actividad económica Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosmético 4 7 7 3
162. Nombre del establecimiento ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA EL SUMINISTRO Y DISPENSACION DE MEDICAMENTOS Y DM PAIPA	
163. Departamento Boyacá 1 5	164. Ciudad/Municipio Paipa 5 1 6
165. Dirección CR 17 26 A 43	
166. Número de matrícula mercantil 1 0 1 1 3 6	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 2 0 1 1 7
168. Teléfono 3 1 5 2 6 2 6 1 0 1	169. Fecha de cierre

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario.

14739387588



(415)7707212489984(6020) 0000014739387588

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

8 2 8 0 0 2 4 2 3

6. DV

5

12. Dirección seccional
Impuestos y Aduanas de Neiva

14. Buzón electrónico

1 3

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

160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comercio 0 2	161. Actividad económica Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos 4 7 7 3
162. Nombre del establecimiento ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA EL SUMINISTRO Y DISPENSACION DE MEDICAMENTOS Y DM BUENAVENTURA	
163. Departamento Valle del Cauca 7 6	164. Ciudad/Municipio Buenaventura 1 0 9
165. Dirección CL 5 15 56	
166. Número de matrícula mercantil 1 8 9 1 4 7	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 2 0 1 2 0 3
168. Teléfono 3 1 5 2 3 9 7 8 7 9	169. Fecha de cierre
160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comercio 0 2	161. Actividad económica Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos 4 7 7 3
162. Nombre del establecimiento ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO PARA DISTRIBUCION Y DISPENSACION DE MEDICAMENTOS Y DM AL SGSSS TUNJA SF MED	
163. Departamento Boyacá 1 5	164. Ciudad/Municipio Tunja 0 0 1
165. Dirección CR 6 64 B 195 LC 105 BRR NOGAL	
166. Número de matrícula mercantil 1 8 0 4 7 5	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 2 0 0 5 2 0
168. Teléfono 3 1 8 4 8 7 1 0 1 5	169. Fecha de cierre
160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comercio 0 2	161. Actividad económica Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos 4 7 7 3
162. Nombre del establecimiento ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS Y DM AL SGSSS CERINZA	
163. Departamento Boyacá 1 5	164. Ciudad/Municipio Cerinza 1 6 2
165. Dirección CL 7 6 80	
166. Número de matrícula mercantil 9 6 5 6 0	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 2 0 0 3 1 2
168. Teléfono 3 1 1 8 4 8 1 4 6 2	169. Fecha de cierre

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14739387588



(415)7707212489984(8020) 0000014739387588

5. Número de identificación Tributaria (NIT)

8 2 8 0 0 2 4 2 3

6. DV

5

12. Dirección seccional
Impuestos y Aduanas de Nelva

14. Buzón electrónico

3

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

160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comerci 0 2	161. Actividad económica Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosmético 4 7 7 3
162. Nombre del establecimiento ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PARA SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS Y DM PARA SGSSS SOATA	
163. Departamento Boyacá 1 5	164. Ciudad/Municipio Soatá 7 5 3
165. Dirección CL 6 5 44	
166. Número de matrícula mercantil 9 0 0 5 0	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 1 8 0 4 1 9
168. Teléfono 3 2 0 2 2 6 7 7 9 9	169. Fecha de cierre
160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
162. Nombre del establecimiento	
163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
165. Dirección	
166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	169. Fecha de cierre
160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
162. Nombre del establecimiento	
163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
165. Dirección	
166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	169. Fecha de cierre

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

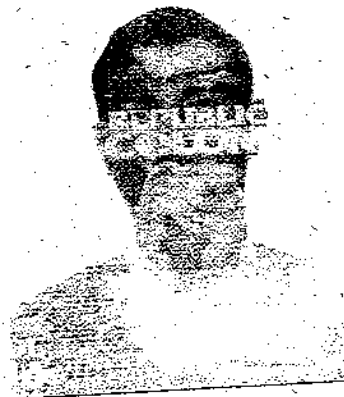
NUMERO **7.727.146**
CORTES CUBILLOS

APELLIDOS
ADDY FERNANDO

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **22-MAR-1984**
NEIVA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68
ESTATURA

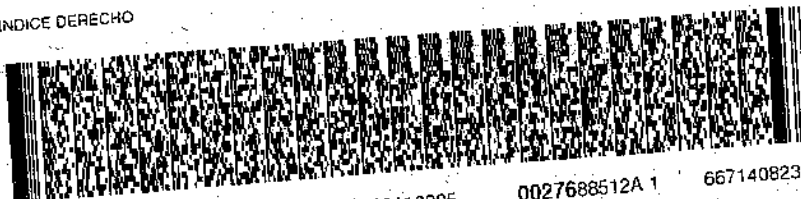
O+
G.S. RH

M
SEXO

03-ABR-2002 NEIVA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



R-1900100-00320294-M-0007727146-20110805

0027688512A 1

6671408237

1. Año **2019**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

1115600007443



(415)7707212489984(8020) 0001115600007443

5. No. Identificación Tributaria (NIT)	6.DV.	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres
8 2 8 0 0 2 4 2 3	5				
11. Razón social					12. Cód. Direc. Seccional
DISTRIBUIDORA COLOMBIANA DE MEDICAMENTOS S.A.S.-DISCOLMEDICA S.A.S					1 3
24. Actividad económica	4	6	4	5	25. Cód.
					26. No Formulario anterior
27. Fracción año gravable siguiente (Marque "X")		28. Renuncio a pertenecer al Régimen tributario especial (Marque "X")		29. Vinculado al pago de obras por impuestos (Marque "X")	

30. Total costos y gastos de nómina		7,652,151,000	31. Aportes al sistema de seguridad social	668,320,000	32. Aportes al SENA, ICBF, cajas de compensación	219,615,000	
Patrimonio	Efectivo y equivalentes al efectivo	33	2,235,181,000	Renta	Compensaciones	69	0
	Inversiones e instrumentos financieros derivados	34	0		Renta líquida	70	15,129,049,000
	Cuentas, documentos y arrendamientos financieros por cobrar	35	35,642,692,000		Renta presuntiva	71	409,768,000
	Inventarios	36	25,741,729,000		Renta exenta	72	0
	Activos intangibles	37	2,784,078,000		Rentas gravables	73	0
	Activos biológicos	38	0		Renta líquida gravable	74	15,129,049,000
	Propiedades, planta y equipo; propiedades de inversión y ANCMV	39	11,804,532,000		Ingresos por ganancias ocasionales	75	0
	Otros activos	40	0		Costos por ganancias ocasionales	76	0
	Total patrimonio bruto	41	78,208,212,000		Ganancias ocasionales no gravadas y exentas	77	0
	Pasivos	42	38,486,121,000		Ganancias ocasionales gravables	78	0
Total patrimonio líquido	43	39,722,091,000	Ganancias ocasionales	Impuesto sobre la renta líquida gravable	79	4,992,586,000	
Ingresos	Ingresos brutos de actividades ordinarias	44		171,494,778,000	Impuesto de dividendos y/o participaciones gravadas, a la tarifa del 7.5% (base casilla 50)	80	0
	Ingresos financieros	45		149,642,000	Impuesto de dividendos y/o participaciones gravadas, a la tarifa del 27% (base casilla 51)	81	0
	Dividendos y/o participaciones no constitutivos de renta ni ganancia ocasional (incluye capitalizaciones no gravadas)	46		0	Impuesto de dividendos y/o participaciones gravadas, a la tarifa del 33% (base casilla 49)	82	0
	Dividendos y/o participaciones recibidas por CHC de una entidad no residente en Colombia exentos	47		0	Total impuesto sobre las rentas líquidas gravables	83	4,992,586,000
	Dividendos y/o participaciones gravadas recibidas por sociedades extranjeras (año 2016 y anteriores) o sociedades nacionales cualquier año	48		0	Descuentos tributarios	84	0
	Dividendos y/o participaciones gravadas recibidas por personas naturales sin residencia fiscal (año 2016 y anteriores)	49		0	Impuesto neto de renta	85	4,992,586,000
	Dividendos y/o participaciones gravadas al 7.5%	50		0	Impuesto de ganancias ocasionales	86	0
	Dividendos y/o participaciones gravadas a tarifa general (EP y sociedades extranjeras - utilidades generadas a partir del año 2017)	51		0	Descuento por impuestos pagados en el exterior por ganancias ocasionales	87	0
	Otros ingresos	52		0	Total impuesto a cargo	88	4,992,586,000
	Total ingresos brutos	53	171,644,420,000	Liquidación privada	Valor inversión obras por impuestos hasta del 50% del valor de la casilla 89 (Modalidad de pago 1)	89	0
Devoluciones, rebajas y descuentos en ventas	54	6,817,865,000	Descuento efectivo inversión obras por impuestos (Modalidad de pago 2)		90	0	
Ingresos no constitutivos de renta ni ganancia ocasional	55	0	Anticipo renta liquidado año gravable anterior		91	0	
Total ingresos netos	56	164,826,555,000	Saldo a favor año gravable anterior sin solicitud de devolución y/o compensación		92	0	
Costos y deducciones	Costos	57	124,688,211,000		Retenciones	93	660,852,000
	Gastos de administración	58	23,703,734,000		Otras retenciones	94	3,476,052,000
	Gastos de distribución y ventas	59	0		Total retenciones año gravable a declarar	95	4,136,904,000
	Gastos financieros	60	1,305,561,000		Anticipo renta para el año gravable siguiente	96	0
	Otros gastos y deducciones	61	0		Anticipo sobretasa instituciones financieras año gravable anterior	97	0
	Total costos y gastos deducibles	62	149,697,506,000		Sobretasa instituciones financieras	98	0
	Renta	Inversiones efectuadas en el año	63	0	Anticipo sobretasa instituciones financieras año gravable siguiente	99	0
		Inversiones liquidadas de períodos gravables anteriores	64	0	Saldo a pagar por impuesto	100	855,682,000
		Renta por recuperación de deducciones	65	0	Sanciones	101	0
		Renta pasiva - ECE sin residencia fiscal en Colombia	66	0	Total saldo a pagar	102	855,682,000
Renta líquida ordinaria del ejercicio		67	15,129,049,000	Total saldo a favor	103	0	
Pérdida líquida del ejercicio		68	0	Valor impuesto exigible por obras por impuestos modalidad de pago 1	104	0	
106. No. identificación signatario		107. DV	Valor total proyecto obras por impuestos modalidad de pago 2	105	0		

981. Cód. Representación ☐
Firma del declarante o de quien lo representa

982. Código Contador o Revisor Fiscal ☐
Firma Contador o Revisor Fiscal 994. Con salvedades ☐

983. No. Tarjeta profesional

997. Espacio exclusivo para el sello de la entidad recaudadora



980. Pago total \$

996. Espacio para el número interno de la DIAN / Adhesivo

91000680487753

20203413280206

REPORTE

Nombre	Discolmedica s.a.s
Número de identificación	828002423-5
Alias	
Fecha de reporte	Lunes 08 de Marzo del 2021, 8:32 am
Estado consulta	No reportado
País	Colombia
Jurisdicción	-
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%	0%
Canal	5%	5%
Actividad	20%	20%
Producto	5%	5%
Origen de recursos	20%	8%
PERFIL DE RIESGO		38%
		62%

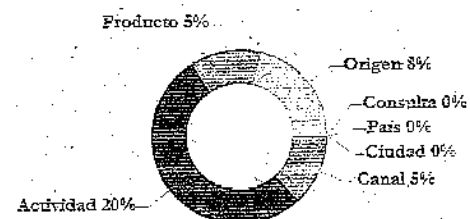
SEÑALES DE ALERTA

Sospechosa Inusual Intentada

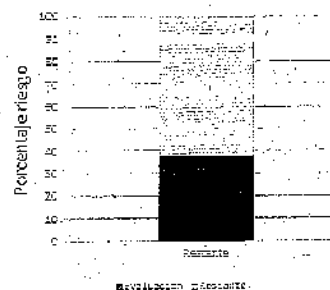
OBSERVACIONES:

Sin observaciones

Firma



Consulta 0% País 0% Ciudad 0% Canal 5% Actividad 20% Producto 5% Origen 8%



Evaluación presente

ÁREA PRECONTRACTUAL SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDEN

<http://www.sarlaftcol.com/app/app/webroot/DISCOLMEDICAS.A.S.xls>

VERIFICACIÓN SARLAFT

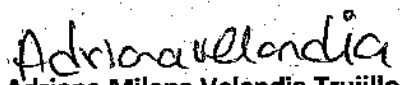
OBJETO: SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS DE ACUERDO CON LA DESCRIPCIÓN DEL ANEXO TÉCNICO, CON EL APOYO TECNOLÓGICO REQUERIDO, EN CADA UNA DE LAS UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD QUE CONFORMAN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

CP-003-2021

Bogotá, D.C., Marzo de 2021

CRITERIOS A EVALUAR	PROPONENTE
	COLOMBIAN MEDICARE SAS
CONDICIONES	NIT: 800192101-0
	CONDICIÓN
	SI/NO
1. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Jurídica, en cumplimiento de lo establecido	SI
2. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Natural, Representante Legal, en cumplimiento de lo establecido en la Circular Externa N° 009 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud. NOTA 3: El formato SARLAFT presentado en la propuesta debe ir en formato PDF con firma y huella dactilar del representante legal, sin modificar la estructura del mismo.	N/A
CRITERIO	HABILITADO


Mónica E. González Montes
Oficial de Cumplimiento


Adriana Milena Velandia Trujillo
Técnico Administrativo II

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

FECHA: 24/02/2021 CIUDAD: BOGOTÁ DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA

Distiguado 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 ☒ PROVEEDOR ☐ CONTRATISTA ☐ PARTICULAR ☐ OTRO CUAL:

I. DATOS DE LA PERSONA JURIDICA

RAZON SOCIAL: COLOMBIAN MEDICARE SAS NIT: 800.192.101-0

REPRESENTANTE LEGAL: PRIMER APELLIDO: OJEDA SEGUNDO APELLIDO: ZAPATA NOMBRES: CARLOS ANDRES

CEDULA DE CIUDADANIA: ☒ NUMERO: LUGAR DE EXPEDICION: FECHA EXPEDICION: AAAA/MM/DD

CEDULA DE EXTRANJERIA: ☐ 80.039.084 BOGOTÁ 17/06/1999

FECHA NACIMIENTO: AAAA/MM/DD LUGAR NACIMIENTO: DEPARTAMENTO: NACIONALIDAD (1): NACIONALIDAD (2):
1981-06-17 BOGOTÁ CUNDINAMARCA COLOMBIANO

DIRECCION DOMICILIO PRINCIPAL: CIUDAD: DEPARTAMENTO: PAIS: TELEFONO/FAX
TRANSVERSAL 27 A # 53 B 42 BOGOTÁ CUNDINAMARCA COLOMBIA 3168746344

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:

PORTAL/PAGINA INTERNET:

gerencia@colombianmedicare.com.co

www.colombianmedicare.com.co

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

TIPO DE EMPRESA:

☐ PUBLICA
☐ MIXTA
☒ PRIVADA
☐ EXTRANJERA

☐ INDUSTRIAL
☒ COMERCIAL
☐ ASEGURADOR
☐ SERVICIOS

☐ AGRICOLA
☐ FARMACEUTICA
☐ TRANSPORTES

ACTIVIDAD ECONOMICA:

☐ SERVICIOS DE SALUD
☐ SERVICIOS FINANCIEROS
☐ OTRA

CUAL:

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:

RENTA/CEE

(SI)

(NO)

IVA

(SI)

(NO)

(SI)

(NO)

CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA

4773

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, APOORTE O PARTICIPACION

NOMBRE COMPLETO O RAZON SOCIAL (DE REQUERIR UTILICE ANEXO)

% PARTICIPACION

TIPO DE IDENTIFICACION

NUMERO IDENTIFICACION

VER ANEXO

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

C.C.	☐	C.E.	☐	T.I.	☐	NIT	☐	OTRO	☐
C.C.	☐	C.E.	☐	T.I.	☐	NIT	☐	OTRO	☐
C.C.	☐	C.E.	☐	T.I.	☐	NIT	☐	OTRO	☐

IV. INFORMACION FINANCIERA

INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	500.418.583	ACTIVOS TOTALES	6.547.447.000
INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	15.664.000	PASIVOS TOTALES	4.548.214.000
EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	405.806.333	PATRIMONIO	1.999.233.000
EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	47.169.417		
CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES:	RENDIMIENTOS FINANCIEROS		
CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES:	GASTOS FINANCIEROS		

V. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA:

SI ☒ NO ☐

IMPORTACIONES	☒	EXPORTACIONES	☐	INVERSIONES	☐
OPERACIONES DE REDESCUENTO	☐	LEASING	☐	TRANSFERENCIAS	☐
PRESTAMOS MONEDA EXTRANJERA	☐	PAGOS SERVICIOS	☐	OTRAS	☐

Especifique cual:

TIPO PRODUCTO	Nº DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO OPERACIÓN	CIUDAD	PAIS	MONEDA
CTA. COMPENSACIÓN	80100000752	BANCOLOMBIA	103.000	PANAMÁ	PANAMÁ	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):

VENTA DE PRODUCTOS MÉDICOS

2. Las actividades realizadas por la Empresa se efectúan dentro del Marco Legal. Los recursos que posee NO provienen de actividades ilícitas de conformidad con el Código Penal Colombiano.
3. La información suministrada en este formulario es veraz y verificable, y me obligo a actualizarla cuando así se requiera.
4. Cúmplase para apoderados: Certifico que toda la información 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 destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

VII. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.
2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
3. Fotocopia del documento de identificación del Representante legal de la Empresa.
4. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado.
5. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.

APODERADO

Ajunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.

VIII. AUTORIZACION DE USO DE INFORMACION
CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son recogidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 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 utilización no requeriría 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 tratan observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entendiéndose 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 7560585 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 comprenda las actividades de prestación 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 la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite 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 determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos; c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre; d) El control y la prevención del riesgo; e) La liquidación y pago de cuentas; f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados; g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder 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) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud; j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud; k) Envío 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; n) 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 INFORMACIÓN:** Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas 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, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros; c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación 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 adelanten gestiones para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros; e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

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 harán 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 Nacional de 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 he sido obligado a responderlas.

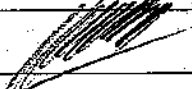
7. **DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN:** Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

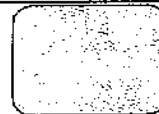
8. **RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACIONES:** Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyen en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se comparten, transfieren, transmiten, entregan o divulgan, en desarrollo de lo 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, Bogotá DC, Teléfono 7560585 E-mail: dirfinanciera@subredsuroccidente.gov.co y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración 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 términos que nos fueron informados en el presente documento.

IX. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE ME SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO





Firma Cliente / Representante Legal

Huella Índice 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			

2. Concepto **02** Actualización

4. Número de formulario

14697761341



(415)7707212489984(8020) 0000014697761341

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

8 0 0 1 9 2 1 0 1

0 Impuestos de Bogotá

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona jurídica

1

25. Tipo de documento

26. Número de identificación

27. Fecha expedición

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

COLOMBIAN MEDICARE S A S

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

TV 27 A 53 B 42

42. Correo electrónico

info@colombianmedicare.com.co

43. Código postal

44. Teléfono 1

2 1 1 9 0 0 2

45. Teléfono 2

3 1 6 8 7 4 6 3 4 4

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

Actividad secundaria

Otras actividades

52. Número establecimientos

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

50. Código

1

2

51. Código

4 7 7 3

1 9 9 3 0 3 2 9

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 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

55. Código

5

7

9

1 0

1 4

1 5

1 6

4 2

4 8

5 2

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario 42- Obligado a llevar contabilidad

07- Retención en la fuente a título de renta 48- Impuesto sobre las ventas - IVA

09- Retención en la fuente en el impuesto 52- Facturador electrónico

10- Obligado aduanero

14- Informante de exógena

15- Autorretenedor

16- Obligación facturar por ingresos bienes

Obligados aduaneros

Exportadores

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

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

2 3

2 2

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

1

1

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

2020 - 07 - 08 / 10 : 07 : 23

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 OJEDA ZAPATA CARLOS ANDRES

965. Cargo Representante legal Certificado

REPORTE

Nombre	Colombian medicare sas
Número de identificación	800192101-0
Alias	
Fecha de reporte	Lunes 08 de Marzo del 2021, 8:56 am
Estado consulta	No reportado
País	Colombia
Jurisdicción	-
Canal	Otros
Origen de recursos	Desarrollo de actividad
Producto	Alto
Lista	No se encontro en ninguna lista
Actividad económica	4773 comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos y artículos de tocador en establecimientos especializados.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

TIPO DE RELACIÓN	INDICADOR PROVEEDOR	RESULTADO
Consulta	0%	0%
País	5%	0%
Jurisdicción	5%	0%
Canal	5%	5%
Actividad	20%	8%
Producto	5%	5%
Origen de recursos	20%	8%
PERFIL DE RIESGO		26%
		74%

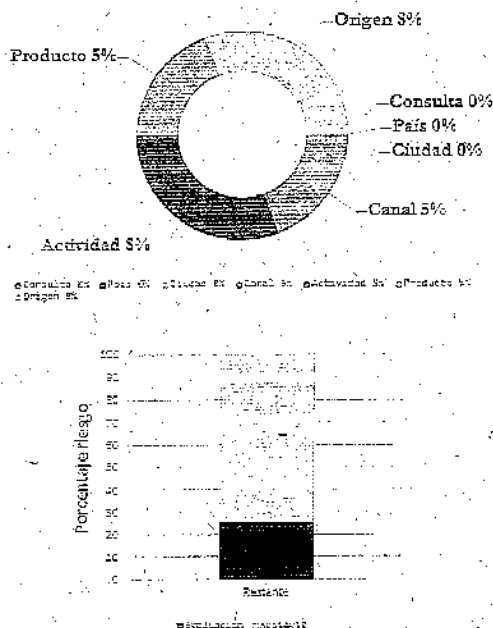
SEÑALES DE ALERTA

Sospechosa Inusual Intentada

OBSERVACIONES:

Sin observaciones

Firma



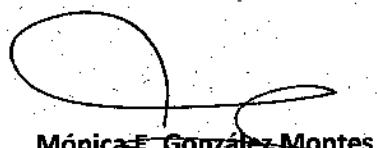
VERIFICACIÓN SARLAFT

OBJETO: SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS DE ACUERDO CON LA DESCRIPCIÓN DEL ANEXO TÉCNICO, CON EL APOYO TECNOLÓGICO REQUERIDO, EN CADA UNA DE LAS UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD QUE CONFORMAN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

CP-003-2021

Bogotá, D.C., Marzo de 2021

CRITERIOS A EVALUAR	PROPONENTE
	ASEPSIS PRODUCTS DE COLOMBIA SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA. PROASEPSIS S.A.S.
	NIT: 860534045-3
CONDICIONES	CONDICIÓN
	SI/NO
1. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Jurídica, en cumplimiento de lo establecido	SI
2. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Natural, Representante Legal, en cumplimiento de lo establecido en la Circular Externa N° 009 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud. NOTA 3: El formato SARLAFT presentado en la propuesta debe ir en formato PDF con firma y huella dactilar del representante legal, sin modificar la estructura del mismo.	N/A
CRITERIO	HABILITADO


Mónica E. González Montes
Oficial de Cumplimiento


Adriana Milena Velandia Trujillo
Técnico Administrativo II

2. Concepto **02** Actualización

4. Número de formulario

14719362677



(415)7707212489984(8020) 0000014719362677

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

8 6 0 5 3 4 0 4 5

3

Impuestos de Bogotá

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona jurídica

25. Tipo de documento

1

26. Número de identificación

27. Fecha expedición

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

ASEPSIS PRODUCTS DE COLOMBIA SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA PROASEPSIS S.A.S.

36. Nombre comercial

37. Sigla

PROASEPSIS S.A.S

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

AV CL 63 74 B 42 BG 7 8 9 18

42. Correo electrónico

proasepsis@proasepsis.com

43. Código postal

2 5 0 9 9

44. Teléfono 1

4 1 6 6 6 0 7

45. Teléfono 2

4 1 6 6 5 9 5

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1

2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

2 0 2 3

1 9 8 6 0 9 0 2

4 6 4 5

1 9 8 6 0 9 0 2

4 6 5 9

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código

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

3

5

7

8

9

1

0

1

4

4

1

4

2

4

8

5

2

03- Impuesto al patrimonio

41- Declaración anual de activos en el exte

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

42- Obligado a llevar contabilidad

07- Retención en la fuente a título de repi

48- Impuesto sobre las ventas - IVA

08- Retención timbre nacional

52- Facturador electrónico

09- Retención en la fuente en el impuesto

10- Obligado aduanero

14- Informante de exogena

Obligados aduaneros

Exportadores

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

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

1

1

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

2020 - 10 - 27 / 11 : 20 : 46

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 SANCHEZ CHAVES MANUEL ALBERTO

985. Cargo Representante legal Certificado

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14719362677



(415)7707212489984(8020) 0000014719362677

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

8 6 0 5 3 4 0 4 5

6. DV

3

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza

2

63. Formas asociativas

1 2

65. Fondos

66. Cooperativas

68. Sin personería jurídica

69. Otras organizaciones no clasificadas

64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados
67. Sociedades y organismos extranjeros
70. Beneficio

1

Constitución, Registro y Última Reforma

Composición del Capital

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 5	0 1
72. Número	3 4 3 7	1 8
73. Fecha	1 9 8 6 0 8 0 8	2 0 2 0 0 6 1 2
74. Número de notaría	2 1	0 3
75. Entidad de registro	0 3	0 3
76. Fecha de registro	1 9 8 6 0 9 0 2	2 0 2 0 0 6 2 4
77. No. Matricula mercantil	0 0 2 7 1 0 4 3	0 0 2 7 1 0 4 3
78. Departamento	1 1	1 1
79. Ciudad/Municipio	0 0 1	4
Vigencia		
80. Desde	1 9 8 6 0 8 0 8	2 0 1 5 0 8 1 1
81. Hasta	2 0 1 6 0 8 0 8	2 9 9 9 1 2 3 1

82. Nacional	1 0 0 %
83. Nacional público	0 0 %
84. Nacional privado	1 0 0 0 %
85. Extranjero	0 %
86. Extranjero público	0 0 %
87. Extranjero privado	0 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)	92. DV
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			

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14719362677



(415)7707212489984(8020) 0000014719362677

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

8 6 0 5 3 4 0 4 5

Impuestos de Bogotá

3 2

Representación

98. Representación REPRS LEGAL PRIN-		99. Fecha inicio ejercicio representación 2 0 1 5 0 8 1 1	
100. Tipo de documento Cédula de Ciudadani 1 3	101. Número de identificación 1 9 1 5 8 5 6 2	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
104. Primer apellido SANCHEZ	105. Segundo apellido CHAVES	106. Primer nombre MANUEL	107. Otros nombres ALBERTO
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal	
98. Representación REPRS LEGAL SUPL		99. Fecha inicio ejercicio representación 2 0 2 0 1 0 0 6	
100. Tipo de documento Cédula de Ciudadan 1 3	101. Número de identificación 7 9 9 1 3 4 3 5	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
104. Primer apellido SANCHEZ	105. Segundo apellido JARAMILLO	106. Primer nombre DIEGO	107. Otros nombres MARINO
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal	
98. Representación REPRS LEGAL SUPL		99. Fecha inicio ejercicio representación 2 0 1 7 0 6 1 5	
100. Tipo de documento Cédula de Ciudadan 1 3	101. Número de identificación 7 9 4 3 2 3 8 4	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
104. Primer apellido ORTIZ	105. Segundo apellido	106. Primer nombre ALIRIO	107. Otros nombres ORLANDO
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal	
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	
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	

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14719362677



(415)7707212489984(8020) 0000014719362677

5. Número de identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional
Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

8 6 0 5 3 4 0 4 5 3

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

111. Tipo de documento Cédula de Ciudadana 1 3	112. Número de identificación 7 9 4 3 2 3 8 4	113. DV 3	114. Nacionalidad COLOMBIA	1 6 9
115. Primer apellido ORTIZ	116. Segundo apellido	117. Primer nombre ALIRIO	118. Otros nombres ORLANDO	
119. Razón social				
120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso 2 0 1 6 1 2 1 4	123. Fecha de retiro	
111. Tipo de documento Cédula de Ciudadana 1 3	112. Número de identificación 5 1 8 9 4 4 0 1	113. DV 3	114. Nacionalidad COLOMBIA	1 6 9
115. Primer apellido ZAPATA	116. Segundo apellido BECERRA	117. Primer nombre FANNY	118. Otros nombres STELLA	
119. Razón social				
120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso 2 0 1 6 1 2 1 4	123. Fecha de retiro	
111. Tipo de documento Cédula de Ciudadana 1 3	112. Número de identificación 5 1 6 8 3 0 6 4	113. DV 3	114. Nacionalidad COLOMBIA	1 6 9
115. Primer apellido LINARES	116. Segundo apellido PEREZ	117. Primer nombre BLANCA	118. Otros nombres CECILIA	
119. Razón social				
120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso 2 0 1 6 1 2 1 4	123. Fecha de retiro	
111. Tipo de documento Cédula de Ciudadana 1 3	112. Número de identificación 7 9 1 3 0 4 1 7	113. DV 3	114. Nacionalidad COLOMBIA	1 6 9
115. Primer apellido SIATAMA	116. Segundo apellido CARLOS	117. Primer nombre LUIS	118. Otros nombres HERNANDO	
119. Razón social				
120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso 2 0 1 6 1 2 1 4	123. Fecha de retiro	
111. Tipo de documento Cédula de Ciudadana 1 3	112. Número de identificación 4 2 3 5 3 6 4	113. DV 3	114. Nacionalidad COLOMBIA	1 6 9
115. Primer apellido SIATAMA	116. Segundo apellido CARLOS	117. Primer nombre JORGE	118. Otros nombres ENRIQUE	
119. Razón social				
120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso 2 0 1 6 1 2 1 4	123. Fecha de retiro	

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14719362677



(415)7707212489984(8020) 0000014719362677

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

8 6 0 5 3 4 0 4 5 | 3

Impuestos de Bogotá

3 2

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal	124. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía	125. Número de identificación 1 0 7 0 5 9 1 6 1 5	126. DV 3	127. Número de tarjeta profesional 1 5 8 0 6 0
	128. Primer apellido MUR	129. Segundo apellido NOVOA	130. Primer nombre JOSE	131. Otros nombres IGNACIO
	132. Número de Identificación Tributaria (NIT) 9 0 0 0 9 0 0 0 6 3	133. DV 3	134. Sociedad o firma designada SAS AUDITORES & CONSULTORES LIMITADA	
	135. Fecha de nombramiento 2 0 1 9 0 6 2 6			
Revisor fiscal suplente	136. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía	137. Número de identificación 1 0 3 3 6 7 7 7 1 1	138. DV 1	139. Número de tarjeta profesional 1 4 4 4 6 6
	140. Primer apellido HERRERA	141. Segundo apellido CARRILLO	142. Primer nombre CARLOS	143. Otros nombres ANDRES
	144. Número de Identificación Tributaria (NIT) 9 0 0 0 9 0 0 0 6 3	145. DV 3	146. Sociedad o firma designada SAS AUDITORES & CONSULTORES LIMITADA	
	147. Fecha de nombramiento 2 0 1 8 0 5 0 3			
Contador	148. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía	149. Número de identificación 1 0 2 2 3 3 9 2 7 3	150. DV 1	151. Número de tarjeta profesional 2 3 9 1 9 4
	152. Primer apellido PORRAS	153. Segundo apellido MORA	154. Primer nombre ADRIANA	155. Otros nombres YAIRA
	156. Número de Identificación Tributaria (NIT) 2 0 1 9 1 2 0 1 1	157. DV 1	158. Sociedad o firma designada	
	159. Fecha de nombramiento 2 0 1 9 1 2 0 1			

Detalles de mensaje

Referencia interna: CP-003-2021
Descripción del proceso: SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS DE ACUERDO CON LA DESCRIPCIÓN DEL ANEXO TÉCNICO, CON EL APOYO TECNOLÓGICO
De: ASEPSIS PRODUCTS DE COLOMBIA S.A.S
Usuario: BLANCA CECILIA LINARES PEREZ
Fecha: 37 minutos de tiempo transcurrido (8/03/2021 12:57:40 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
Para: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE.
Referencia del mensaje: CO1.MSG.2384844
Tipo de mensaje: General
Asunto: RE: SUBSANACIÓN DOCUMENTO SARLAFT

Anexos	Documento	Nombre del documento	Detalle
	SARLAFT PERSONA JURIDICA.pdf	SARLAFT PERSONA JURIDICA.pdf	

Texto de mensaje

BUENAS TARDES

DANDO RESPUESTA A SU SOLICITUD SE ANEXA DOCUMENTOS DEBIDAMENTE FIRMADO Y CON HUELLA

CORDIALMENTE,

BLANCA LINARES

COORDINADOR VENTAS

3/8/2021 12:15:07 PM SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE.

Buen día

Cordial saludo, teniendo en cuenta lo establecido en los pliegos de condiciones del proceso en curso CP-003-2021 (CAPÍTULO 3 EVALUACIÓN DE LAS PROPUESTAS, numeral 3.7. SARLAFT – FACTOR HABILITADOR, 1. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Jurídica, en cumplimiento de lo establecido) (NOTA 3: El formato SARLAFT presentado en la propuesta debe ir en formato PDF con firma y huella dactilar del representante legal, sin modificar la estructura del mismo); se revisa el formulario aportado por el proveedor y se evidencia que no tiene la huella.

Teniendo en cuenta lo anterior solicitamos respetuosamente se allegue el formulario SARLAFT debidamente diligenciado como lo indican los Pliegos del presente proceso, este formulario debe ser allegado el día de mañana 09 de marzo de 2021 antes de la 09:00 am, por medio de mensaje en el Sistema Electrónico de Contratación Pública Secop II.

SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARLAFT

FECHA: 2021-03-02 CIUDAD: BOGOTÁ D.C. DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA

Destinado Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitimos adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Manual 3.2.2.2.1, de la Circular Externa No 909 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter 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 Políticas de la Entidad comprendidas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN LA EMPRESA (MARCA CON X)

☐ ASEGURADOR ☒ PROVEEDOR ☐ CONTRATISTA ☐ PARTICULAR ☐ OTRO CUAL:

I DATOS DE LA PERSONA JURÍDICA

RAZÓN SOCIAL: ASESIS PRODUCTS DE COLOMBIA S.A.S NIT: 960.534.045-3

REPRESENTANTE LEGAL: PRIMER APELLIDO: ORTIZ SEGUNDO APELLIDO: ALERIO ORLANDO NOMBRES:

CEDULA DE CIUDADANÍA: ☒ NUMERO: 79.452.384 LUGAR DE EXPEDICIÓN: BOGOTÁ FECHA EXPEDICIÓN: AAAA/MM/DD 06/12/1985

CEDULA DE EXTRANJERÍA: ☐ FECHA NACIMIENTO: 1967-09-21 LUGAR NACIMIENTO: BOGOTÁ DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA NACIONALIDAD (1): COLOMBIANO NACIONALIDAD (2):

DIRECCIÓN DOMICILIO PRINCIPAL: AV CALLE 63 NO. 74B-42 BOD 7 CIUDAD: BOGOTÁ DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA PAÍS: COLOMBIANO TELEFONO/FAX: 4165607/4166395

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO: PROSA@asis.com.co PORTAL/PAGINA INTERNET: www.prosa.com.co

DIRECCIÓN SUCURSAL/AGENCIA: N/A CIUDAD: N/A DEPARTAMENTO: N/A PAÍS: N/A TELEFONO/FAX: N/A

TIPO DE EMPRESA:

☐ PÚBLICA ☒ INDUSTRIAL ☐ COMERCIAL ☐ AGRICOLA ☐ SERVICIOS DE SALUD ☐ MINA ☐ COMERCIAL ☐ FARMACEUTICA ☐ SERVICIOS FINANCIEROS ☐ PRIVADA ☒ ASEGURADOR ☐ TRANSPORTES ☐ OTRA ☐ EXTRANJERA ☐ SERVICIOS

ACTIVIDAD ECONOMICA:

CUAL:

INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE: RENTA/CREE: ☐ IVA: ☐ ICA: ☒ CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA: PRINCIPAL: SECUNDARIA:

GRAN CONTRIBUYENTE: ☐ SI ☒ NO AGENTE RETENEDOR: ☐ SI ☒ NO AGENTE AUTORETENEDOR: ☐ SI ☒ NO

II. DECLARACIÓN PERSONA PÚBLICAMENTE EXPUESTA (PEPS)

POR SU CARGO O ACTIVIDAD ADMINISTRA O TIENE A SU CARGO EL MANEJO DE RECURSOS PÚBLICOS: SI ☐ NO ☒
POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUN GRADO O TIPO DE PODER PÚBLICO: SI ☐ NO ☒
POR SU ACTIVIDAD, OCUPACIÓN U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL: SI ☐ NO ☒
ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS DIFERENTE A COLOMBIA: SI ☐ NO ☒

Si contestó afirmativamente alguna de las anteriores preguntas, por favor, especifique:

III. IDENTIFICACIÓN DE ACCIONISTAS, SOCIOS, ASOCIADOS QUE SEAN TITULARES DE MÁS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APOORTE O PARTICIPACIÓN

NOMBRE COMPLETO O RAZÓN SOCIAL (DE REQUERIR UTILICE ANEXO)	ACCIÓN PARTICIPACIÓN	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACIÓN
MANUEL ALBERTO SÁNCHEZ CHAVES	100.00%	C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	19.158.562
N/A	N/A	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	N/A
N/A	N/A	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	N/A
N/A	N/A	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	N/A

IV. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	\$66.321	ACTIVOS TOTALES	11.728.630
INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	\$6.518	PASIVOS TOTALES	4.392.160
EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	\$35.433	PATRIMONIO	7.396.470
EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	\$5.948		
CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES:		DIFFERENCIA EN CAMBIO E INTERESES	
CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES:		DIFFERENCIA EN CAMBIO E INTERESES FINANCIEROS	



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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE S.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

V. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA:

SI

NO

☐

IMPORTACIONES

☒

EXPORTACIONES

☒

INVERSIONES

☐

OPERACIONES DE

☐

REDESCUENTO

☐

LEASING

TRASPASERENCIAS

☐

PRESTAMOS MODENA

☐

PAGOS SERVICIOS

☐

OTRAS

☐

Especifique oral:

TIPO PRODUCTO	Nº DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO OPERACIÓN	CIUDAD	PAIS	MONEDA
CUENTA COMPENSACION	10002060436	DÁVIVIENDA	US \$ 800	PANAMA	PANAMA	DÓLAR
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

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 ☐		
7. Firma y Cédula		6. Firma y cédula:	

REPORTE

Nombre	Proasepsis s.a.s.
Número de identificación	860534045-3
Alias	
Fecha de reporte	Lunes 08 de Marzo del 2021, 9:05 am
Estado consulta	No reportado
País	Colombia
Jurisdicción	-
Canal	Otros
Origen de recursos	Desarrollo de actividad
Producto	Alto
Lista	No se encontro en ninguna lista
Actividad económica	2023 fabricación de jabones y detergentes, preparados para limpiar y pulir; perfumes y preparados de tocador.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

TIPO DE RELACIÓN	INDICADOR PROVEEDOR	RESULTADO
Consulta	0%	0%
País	5%	0%
Jurisdicción	5%	0%
Canal	5%	5%
Actividad	20%	20%
Producto	5%	5%
Origen de recursos	20%	8%
PERFIL DE RIESGO		38%
		62%

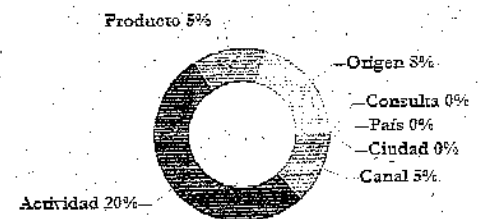
SEÑALES DE ALERTA

Sospechosa Inusual Intentada

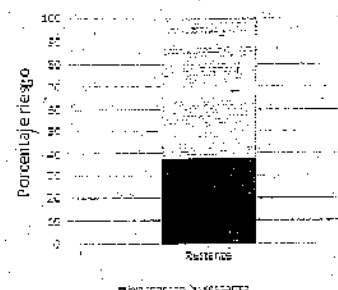
OBSERVACIONES:

Sin observaciones

Firma



Actividad 20% Origen 8% Canal 5% Producto 5% País 0% Consulta 0% Ciudad 0%



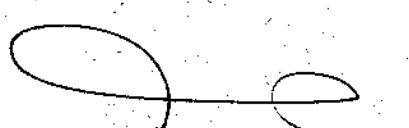
VERIFICACIÓN SARLAFT

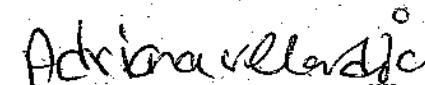
OBJETO: SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS DE ACUERDO CON LA DESCRIPCIÓN DEL ANEXO TÉCNICO, CON EL APOYO TECNOLÓGICO REQUERIDO, EN CADA UNA DE LAS UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD QUE CONFORMAN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

CP-003-2021

Bogotá, D.C., Marzo de 2021

CRITERIOS A EVALUAR	PROPONENTE
	ASSUT MEDICAL LTDA
	NIT: 800152311-1
CONDICIONES	CONDICIÓN
	SI/NO
1. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Jurídica, en cumplimiento de lo establecido	SI
2. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Natural, Representante Legal, en cumplimiento de lo establecido en la Circular Externa N° 009 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud. NOTA 3: El formato SARLAFT presentado en la propuesta debe ir en formato PDF con firma y huella dactilar del representante legal, sin modificar la estructura del mismo.	N/A
CRITERIO	HABILITADO


Mónica E. González Montes
Oficial de Cumplimiento


Adriana Milena Velandia Trujillo
Técnico Administrativo II

SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARLAFT									
FECHA:	25/02-2021	CIUDAD:	CAJICA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA				
Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter 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 Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.									
CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN LA EMPRESA (MARCA CON X)									
☐ ASEGURADOR	☒ PROVEEDOR	☐ CONTRATISTA	☐ PARTICULAR	☐ OTRO	CUAL:				
I. DATOS DE LA PERSONA JURIDICA									
RAZÓN SOCIAL:	ASSUT MEDICAL LTDA				NIT:	800.152.311 - 1			
REPRESENTANTE LEGAL:	PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRES:				
	LOVERA		GONZALEZ		FABIO ORLANDO				
CEDULA DE CIUDADANIA	☒	NUMERO:		LUGAR DE EXPEDICION		FECHA EXPEDICION AAAA/MM/DD			
CEDULA DE EXTRANJERIA	☐	197.487		CAJICA		197/07/15			
FECHA NACIMIENTO AAAA/MM/DD	LUGAR NACIMIENTO:		DEPARTAMENTO:		NACIONALIDAD (I):		NACIONALIDAD (II):		
1958/07/16	ZIPAQUERA		CUNDINAMARCA		COLOMBIANO				
DIRECCION DOMICILIO PRINCIPAL:		CIUDAD:		DEPARTAMENTO:		PAIS:		TELEFONO/FAX	
DIAGONAL 2 SUR No. 11 - 99		CAJICA		CUNDINAMARCA		COLOMBIA		8661761-8661762	
CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:				PORTAL/PAGINA INTERNET:					
assut@assutmedical.net									
DIRECCION SUCURSAL/AGENCIA:		CIUDAD:		DEPARTAMENTO:		PAIS:		TELEFONO/FAX	
DIAGONAL 2 SUR No. 11 - 99		CAJICA		CUNDINAMARCA		COLOMBIA		8661761-8661762	
TIPO DE EMPRESA:		ACTIVIDAD ECONOMICA:							
☐ PUBLICA	☐ INDUSTRIAL	☐ AGRICOLA	☐ SERVICIOS DE SALUD	CUAL: MANUFACTURERA					
☐ MIXTA	☐ COMERCIAL	☐ FARMACEUTICA	☐ SERVICIOS FINANCIEROS						
☒ PRIVADA	☐ ASEGURADOR	☐ TRANSPORTES	☒ OTRA:						
☐ EXTRANJERA	☐ SERVICIOS								
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:		RENTA/CREE		IVA		LCA		CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
		☐ SI ☒ NO		☐ SI ☒ NO		☐ SI ☒ NO		3259	
		☐ SI ☒ NO		☐ SI ☒ NO		☐ SI ☒ NO		PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☐	
GRAN CONTRIBUYENTE		☐ SI ☒ NO		AGENTE RETENEDOR		☐ SI ☒ NO		AGENTE AUTORETENEDOR	
		☐ SI ☒ NO		☐ SI ☒ NO		☐ SI ☒ NO		☐ SI ☒ NO	
II. DECLARACION PERSONA PUBLICAMENTE EXPUESTA (PEPE)									
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, APOORTE O PARTICIPACION									
NOMBRE COMPLETO O RAZON SOCIAL (DE REQUERIR UTILICE APEXO)		% PARTICIPACION	TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION		
MAR PIERRE BARFUSS		50%	C.C.	☐ C.E.	☐ T.L.	☐ NIT	☐ OTRO	P.P. 2.338.473	
CATHERINE DANIELE BARFUSS		34%	C.C.	☐ C.E.	☐ T.L.	☐ NIT	☐ OTRO	P.P. 2.929.161	
FABIO ORLANDO LOVERA GONZALEZ		6%	C.C.	☒ C.E.	☐ T.L.	☐ NIT	☐ OTRO	197.487	
			C.C.	☐ C.E.	☐ T.L.	☐ NIT	☐ OTRO		
IV. INFORMACION FINANCIERA									
INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES		719.611.670		ACTIVOS TOTALES		6.653.036.160			
INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES		5.656.233		PASIVOS TOTALES		2.201.643.635			

EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	685.317.156	PATRIMONIO	4.451.392.525			
EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	11.517.213					
CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES	DIFERENCIA EN CAMBIO Y RECUPERACIÓN DE GASTOS					
CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES	DIFERENCIA EN CAMBIO, BANCARIOS Y FINANCIEROS					
V. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES						
REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☐						
IMPORTACIONES ☐	EXPORTACIONES ☐	INVERSIONES ☐	Especifique cual: <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>			
OPERACIONES DE REDESCUENTO ☐	LEASING ☐	TRASFERENCIAS ☐				
PRESTAMOS MODENA EXTRANJERA ☐	PAGOS SERVICIOS ☐	OTRAS ☐				
TIPO PRODUCTO	Nº DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO OPERACIÓN	CIUDAD	PAIS	MONEDA

VI. DECLARACIÓN DEL ORIGEN DE LOS DINEROS / FONDOS

Declaro expresamente que:

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

PROPIOS DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA

2. Las actividades realizadas por la Empresa se efectúan dentro del Marco Legal. Los recursos que posee NO provienen de actividades ilícitas de conformidad con el Código 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 información 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 destinan a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

VII. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.
2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
3. Fotocopia del documento de identificación del Representante Legal de la Empresa.
4. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado.
5. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o discriminados según sea el caso.

APODERADO

Añunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.

VIII. AUTORIZACIÓN DE USO DE INFORMACIÓN

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 estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a las dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 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 utilización no requeriría 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 tratan observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también sean tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, enténdase 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 Cualquiera 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 prestación 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 la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite 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 determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebra. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder 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) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío 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 provisión y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por dicha Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.
3. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas 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, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación 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 adelanten gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UAEF, Faseolida, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticas.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN 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 harán 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 Nacional de 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.

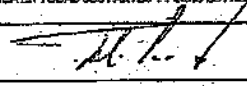
7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE y/o sus Unidades Proveedoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de este instrumento. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se comparten, transfieren, transmiten, entregan o divulgan, en desarrollo de lo 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 Proveedoras de Servicios de Salud **(Calle 2 No 39-46, Bogotá D.C., Teléfono 7560505 E-mail: atencionalcliente@subredsuroccidente.gov.co y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración 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 autorizamos, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

IX. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABERLEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO





Firma Cliente / Representante Legal

Huella Índice Derecho

X. INFORMACIÓN DE ENTREVISTA				XI. INFORMACIÓN DE VERIFICACIÓN DE IDENTIFICACIÓN			
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 sello:			
7. Firmado Cédula:							

2. Concepto **1 3** Actualización de oficio

4. Número de formulario

14729033985



(415)7707212489984(8020) 000001472903398 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

8 0 0 1 5 2 3 1 1

6. DV

1

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona jurídica

25. Tipo de documento

1

26. Número de identificación

27. Fecha expedición

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

ASSUT MEDICAL LTDA

36. Nombre comercial

ASSUT MEDICAL LTDA

37. Círculo

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Cundinamarca

2 5

40. Ciudad/Municipio.

Cajicá

1 2 6

41. Dirección principal

VDA CANELON SEC LA BAJADA FCA LA VICTORIA

42. Correo electrónico

assut@assutmedical.net

43. Código postal

44. Teléfono 1

8 6 6 1 7 6 2

45. Teléfono 2

3 0 0 3 2 4 0 1 2 3

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

3 2 5 0

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 3 0 1 2 3

Actividad secundaria

48. Código

4 6 4 5

49. Fecha inicio actividad

2 0 1 3 0 1 2 3

Otras actividades

50. Código

1

2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 3 5 7 8 9 1 0 1 4 1 8 1 9 2 6 4 2 4 8 5 2

03- Impuesto al patrimonio

18- Precios de transferencia

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

19- Productor de bienes y/o servicios exen

07- Retención en la fuente a título de rent

20- Declaración individual precios de tran

06- Retención timbre nacional

42- Obligado a llevar contabilidad

09- Retención en la fuente en el impuesto

48- Impuesto sobre las ventas - IVA

10- Obligado aduanero

52- Facturador electrónico

14- Informante de exogena

Obligados aduaneros

Exportadores

54. Código 2 2 2 3 4 4

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

1

1

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

2020 - 12 - 28 / 21 : 59: 18

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 1825 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14729033985



(415)7707212489984(8020) 000001472903398 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

8 0 0 1 5 2 3 1 1

6. DV

1

12. Dirección seccional
Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza

2

63. Formas asociativas

1 0

65. Fondos

66. Cooperativas

68. Sin personería jurídica

69. Otras organizaciones no clasificadas

64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados.
67. Sociedades y organismos extranjeros.
70. Beneficio

1

Constitución, Registro y Última Reforma

Composición del Capital

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

82. Nacional	4 %
83. Nacional público	0 . 0 %
84. Nacional privado	1 0 0 . 0 %
85. Extranjero	9 6 %
86. Extranjero público	0 . 0 %
87. Extranjero privado	1 0 0 . 0 %

Vigencia

80. Desde

1 9 9 2 0 1 2 4

2 0 0 3 0 7 3 1

81. Hasta

2 0 9 2 0 1 2 4

2 0 9 2 0 1 2 4

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)	92. DV
1	8 0	2 0 1 5 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			

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14729033985



(415)7707212489984(8020) 000001472903398 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

8 0 0 1 5 2 3 1 1

Impuesto de Bogotá

3 2

Representación

98. Representación REPRS LEGAL PRIN	1 8	99. Fecha inicio ejercicio representación 1 9 7 0 0 1 0 1
100. Tipo de documento Cédula de Ciudadan	1 3	101. Número de identificación 1 9 7 4 8 7
102. DV		103. Número de tarjeta profesional
104. Primer apellido LOVERA	105. Segundo apellido GONZALEZ	106. Primer nombre FABIO
107. Otros nombres ORLANDO		
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal
98. Representación REPRS LEGAL SUPL	1 9	99. Fecha inicio ejercicio representación 2 0 1 5 0 3 1 2
100. Tipo de documento Cédula de Ciudadan	1 3	101. Número de identificación 5 2 0 5 5 0 6 6
102. DV		103. Número de tarjeta profesional
104. Primer apellido RODRIGUEZ	105. Segundo apellido BOHORQUEZ	106. Primer nombre MARIA
107. Otros nombres MAGNOLIA		
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal
98. Representación		99. Fecha inicio ejercicio representación
100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV
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
98. Representación		99. Fecha inicio ejercicio representación
100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV
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
98. Representación		99. Fecha inicio ejercicio representación
100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV
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

Espacio reservado para la DIAN



4: Número de formulario

14729033985



(415)7707212489984(8020) 000001472903398 5

5. Número de identificación Tributaria (NIT) 8 0 0 1 5 2 3 1 1 1
6. DV Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

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

111. Tipo de documento Pasaporte 4 1	112. Número de identificación X 2 3 3 8 4 7 3	113. DV	114. Nacionalidad SUIZA	7 6 7
115. Primer apellido BARFUSS	116. Segundo apellido	117. Primer nombre MARC	118. Otros nombres PIERRE	
119. Razón social				
120. Valor capital del socio 0	121. % Participación 0	122. Fecha de ingreso 1 9 9 2 0 1 2 4	123. Fecha de retiro	
111. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3	112. Número de identificación 1 9 7 4 8 7	113. DV	114. Nacionalidad COLOMBIA	1 6 9
115. Primer apellido LOVERA	116. Segundo apellido GONZALEZ	117. Primer nombre FABIO	118. Otros nombres ORLANDO	
119. Razón social				
120. Valor capital del socio	121. % Participación 0	122. Fecha de ingreso 1 9 9 2 0 1 2 4	123. Fecha de retiro	
111. Tipo de documento Pasaporte 4 1	112. Número de identificación X 2 9 2 9 1 6 1	113. DV	114. Nacionalidad SUIZA	7 6 7
115. Primer apellido BARFUSS	116. Segundo apellido	117. Primer nombre CATHERINE	118. Otros nombres DANIELE	
119. Razón social				
120. Valor capital del socio	121. % Participación 0	122. Fecha de ingreso 2 0 0 9 0 9 1 5	123. Fecha de retiro	
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	
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	

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14729033985



(415)7707212489984(8020) 000001472903398 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

8 0 0 1 5 2 3 1 1

1

Impuestos de Bogotá

3 2

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal	124. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía	125. Número de identificación 4 1 7 7 9 0 2 9	126. DV 1	127. Número de tarjeta profesional 1 1 5 0 7 - T
	128. Primer apellido BABATIVA	129. Segundo apellido NOVOA	130. Primer nombre RUTH	131. Otros nombres STELLA
	132. Número de Identificación Tributaria (NIT)	133. DV	134. Sociedad o firma designada	
	135. Fecha de nombramiento 1 9 9 7 0 5 0 9			
Revisor fiscal suplente	136. Tipo de documento	137. Número de identificación	138. DV	139. Número de tarjeta profesional
	140. Primer apellido	141. Segundo apellido	142. Primer nombre	143. Otros nombres
	144. Número de Identificación Tributaria (NIT)	145. DV	146. Sociedad o firma designada	
	147. Fecha de nombramiento			
Contador	148. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía	149. Número de identificación 9 2 5 2 0 9 5 2	150. DV	151. Número de tarjeta profesional 8 7 4 5 5 - T
	152. Primer apellido CHOCONTA	153. Segundo apellido TORRES	154. Primer nombre JAVIER	155. Otros nombres ORLANDO
	156. Número de Identificación Tributaria (NIT)	157. DV	158. Sociedad o firma designada	
	159. Fecha de nombramiento 1 9 9 7 0 1 2 0			

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14729033985



(415)7707212489984(8020) 000001472903398 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional
Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

8 0 0 1 5 2 3 1 1 1

1

3 2

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

160. Tipo de establecimiento Oficina	0 8	161. Actividad económica Fabricación de instrumentos, aparatos y materiales médicos y odontológicos	7 3 2 5 0
162. Nombre del establecimiento ASSUT MEDICAL LTDA			
163. Departamento Cundinamarca	2 5	164. Ciudad/Municipio Cajicá	1 2 6
165. Dirección VDA CANELON SEC LA BAJADA FCA LA VICTORIA			
166. Número de matrícula mercantil 4 8 4 9 5 9		167. Fecha de la matrícula mercantil 1 9 9 2 0 1 2 4	
168. Teléfono 8 6 6 1 7 6 1		169. Fecha de cierre	
160. Tipo de establecimiento			
161. Actividad económica			
162. Nombre del establecimiento			
163. Departamento			
164. Ciudad/Municipio			
165. Dirección			
166. Número de matrícula mercantil		167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono		169. Fecha de cierre	
160. Tipo de establecimiento			
161. Actividad económica			
162. Nombre del establecimiento			
163. Departamento			
164. Ciudad/Municipio			
165. Dirección			
166. Número de matrícula mercantil		167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono		169. Fecha de cierre	

REPORTE

Nombre	Assut medical ltda
Número de identificación	800152311-1
Alias	
Fecha de reporte	Lunes 08 de Marzo del 2021, 9:11 am
Estado consulta	No reportado
País	Colombia
Jurisdicción	-
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

TIPO DE RELACIÓN	INDICADOR PROVEEDOR	RESULTADO
Consulta	0%	0%
País	5%	0%
Jurisdicción	5%	0%
Canal	5%	5%
Actividad	20%	12%
Producto	5%	5%
Origen de recursos	20%	8%
PERFIL DE RIESGO		30%
		70%

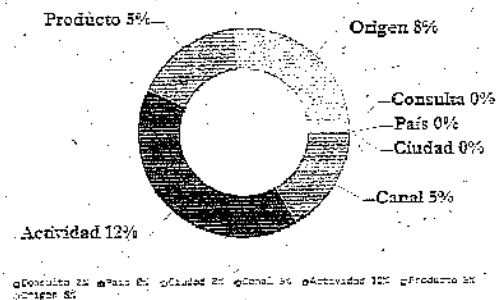
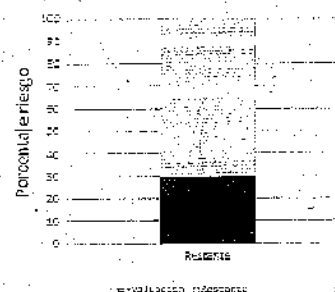
SEÑALES DE ALERTA

Sospechosa Inusual Intentada

OBSERVACIONES:

Sin observaciones

Firma



ÁREA PRECONTRACTUAL SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDEN

<http://www.sarlaftcol.com/app/app/webroot/ASSUTMEDICALLTDA.xls>

VERIFICACIÓN SARLAFT

OBJETO: SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS DE ACUERDO CON LA DESCRIPCIÓN DEL ANEXO TÉCNICO, CON EL APOYO TECNOLÓGICO REQUERIDO, EN CADA UNA DE LAS UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD QUE CONFORMAN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

CP-003-2021

Bogotá, D.C., Marzo de 2021

CRITERIOS A EVALUAR	PROPONENTE
	SHERLEG LABORATORIES S.A.S
CONDICIONES	NIT: 900539662-5
	CONDICIÓN
	SI/NO
1. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Jurídica, en cumplimiento de lo establecido	SI
2. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Natural, Representante Legal, en cumplimiento de lo establecido en la Circular Externa N° 009 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud. NOTA 3: El formato SARLAFT presentado en la propuesta debe ir en formato PDF con firma y huella dactilar del representante legal, sin modificar la estructura del mismo.	N/A
CRITERIO	HABILITADO

Mónica E. González Montes
Oficial de Cumplimiento

Adriana Velandía
Adriana Milena Velandía Trujillo
Técnico Administrativo II

2. Concepto **02** Actualización

4. Número de formulario

14730153892



(415)7707212489984(8020) 000001473015389 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

9 0 0 5 3 9 6 6 2

5

Impuestos de Bogotá

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona jurídica

1

25. Tipo de documento

26. Número de identificación

27. Fecha expedición

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

SHERLEG LABORATORIES S.A.S

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CL 13 68 B 26

42. Correo electrónico

contabilidad@sherleg.net

43. Código postal

44. Teléfono 1

4 0 5 9 1 8 1

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

2 1 0 0

2 0 1 3 0 2 1 3

3 2 5 0

2 0 1 3 0 2 1 3

2 0 2 3 2 2 2 9

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 5 7 9 1 0 1 4 1 5 4 2 4 8 5 2

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario 48- Impuesto sobre las ventas - IVA

07- Retención en la fuente a título de renta 52- Facturador electrónico

09- Retención en la fuente en el impuesto

10- Obligado aduanero

14- Informante de exogena

15- Autorretenedor

42- Obligado a llevar contabilidad

Obligados aduaneros

Exportadores

54. Código 2 3 2 2

55. Forma 3 56. Tipo 1 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

☐

60. No. de Folios

1

61. Fecha

2021 - 01 - 09 / 14 : 56: 21

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:

964. Nombre CAICEDO SUAREZ DAVID ORLANDO

985. Cargo Analista II

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14730153892



(415)7707212489984(8020) 000001473015389 2

5. Número de identificación Tributaria (NIT)

9 0 0 5 3 9 6 6 2 5

6. DV

12. Dirección seccional
Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza

2

63. Formas asociativas

1 2

65. Fondos

66. Cooperativas

68. Sin personería jurídica

69. Otras organizaciones no clasificadas

64. Entidades o insólitos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados
67. Sociedades y organismos extranjeros
70. Beneficio

1

Constitución, Registro y Última Reforma

Composición del Capital

Documento	1. Constitución	2. Reforma	
71. Clase	0 4	0 1	82. Nacional 1 0 0 %
72. Número			83. Nacional público 0 0 %
73. Fecha	2 0 1 2 0 7 0 3	2 0 1 3 0 2 1 3	84. Nacional privado 1 0 0 0 %
74. Número de notaría			85. Extranjero 0 %
75. Entidad de registro	0 3		86. Extranjero público 0 0 %
76. Fecha de registro	2 0 1 2 0 7 1 9	2 0 1 3 0 3 0 4	87. Extranjero privado 0 0 %
77. No. Matricula mercantil	0 2 2 3 5 9 4 3	0 2 2 3 5 9 4 3	
78. Departamento	1 1	1 1	
79. Ciudad/Municipio	4	4	
Vigencia			
80. Desde	2 0 1 2 0 7 0 3	2 0 1 3 0 2 1 3	
81. Hasta	2 9 9 9 1 2 3 1	2 9 9 9 1 2 3 1	

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)	92. DV
1	8 0	2 0 1 4 1 2 3 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			

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14730153892



(415)7707212489984(8020) 000001473015389 2

5. Número de identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional
Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

9 0 0 5 3 9 6 6 2 5

3 2

Representación

98. Representación REPRS LEGAL PRIN	99. Fecha inicio ejercicio representación 2 0 1 2 0 7 0 3
100. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3	101. Número de identificación 1 9 3 0 1 8 3 2
104. Primer apellido LEGUIZAMON	105. Segundo apellido LEGUIZAMON
106. Primer nombre JAIME	107. Otros nombres
108. Número de identificación Tributaria (NIT)	109. DV
110. Razón social representante legal	
98. Representación REPRS LEGAL SUPL	99. Fecha inicio ejercicio representación 2 0 1 2 0 7 0 3
100. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3	101. Número de identificación 5 2 6 9 5 8 7 5
104. Primer apellido LEGUIZAMON	105. Segundo apellido AVILA
106. Primer nombre MARY	107. Otros nombres ELLEN
108. Número de identificación Tributaria (NIT)	109. DV
110. Razón social representante legal	
98. Representación REPRS LEGAL SUPL	99. Fecha inicio ejercicio representación 2 0 1 2 0 7 0 3
100. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3	101. Número de identificación 8 0 8 7 3 0 0 8
104. Primer apellido LEGUIZAMON	105. Segundo apellido AVILA
106. Primer nombre LUDWIN	107. Otros nombres STEVE
108. Número de identificación Tributaria (NIT)	109. DV
110. Razón social representante legal	
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	
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	

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14730153892



(415)7707212489984(8020) 000001473015389 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 6. DV 12. Dirección seccional
9 0 0 5 3 9 6 6 2 5 Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

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

111. Tipo de documento Cédula de Ciudadana 1 3	112. Número de identificación 1 9 3 0 1 8 3 2	113. DV 1	114. Nacionalidad COLOMBIA	1 6 9
115. Primer apellido LEGUIZAMON	116. Segundo apellido LEGUIZAMON	117. Primer nombre JAIME	118. Otros nombres	
119. Razón social				
120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso 2 0 1 2 0 7 0 3	123. Fecha de retiro	
111. Tipo de documento Cédula de Ciudadana 1 3	112. Número de identificación 5 2 6 9 5 8 7 5	113. DV 1	114. Nacionalidad COLOMBIA	1 6 9
115. Primer apellido LEGUIZAMON	116. Segundo apellido AVILA	117. Primer nombre MARY	118. Otros nombres ELLEN	
119. Razón social				
120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso 2 0 1 2 0 7 0 3	123. Fecha de retiro	
111. Tipo de documento Cédula de Ciudadana 1 3	112. Número de identificación 8 0 8 7 3 0 0 8	113. DV 1	114. Nacionalidad COLOMBIA	1 6 9
115. Primer apellido LEGUIZAMON	116. Segundo apellido AVILA	117. Primer nombre LUDWIN	118. Otros nombres STEVE	
119. Razón social				
120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso 2 0 1 2 0 7 0 3	123. Fecha de retiro	
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	
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	

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14730153892



(415)7707212489984(8020) 000001473015389 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

9 0 0 5 3 9 6 6 2

5

Impuestos de Bogotá

3 2

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal

124. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía	125. Número de identificación 1 3	126. DV 7	127. Número de tarjeta profesional 7 7 8 6 7 T
128. Primer apellido ROPERO	129. Segundo apellido GUERRERO	130. Primer nombre CELIO	131. Otros nombres MENANDRO
132. Número de Identificación Tributaria (NIT)	133. DV	134. Sociedad o firma designada	
135. Fecha de nombramiento 2 0 1 6 0 5 0 1			

Revisor fiscal suplente

136. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía	137. Número de identificación 1 3	138. DV 5	139. Número de tarjeta profesional 1 5 3 2 8 3 T
140. Primer apellido RAMIREZ	141. Segundo apellido TORRES	142. Primer nombre SULLY	143. Otros nombres DAYANA
144. Número de Identificación Tributaria (NIT)	145. DV	146. Sociedad o firma designada	
147. Fecha de nombramiento 2 0 1 6 0 5 0 1			

Contador

148. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía	149. Número de identificación 1 3	150. DV 1	151. Número de tarjeta profesional 1 6 4 8 5 1 T
152. Primer apellido CASTRO	153. Segundo apellido OSPINA	154. Primer nombre CINDY	155. Otros nombres JOHANA
156. Número de Identificación Tributaria (NIT)	157. DV	158. Sociedad o firma designada	
159. Fecha de nombramiento 2 0 1 7 0 2 0 1			

SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARLAFT *

FECHA: 2021-03-01 CIUDAD: BOGOTÁ DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá 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 realización de este proceso es de carácter 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 Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN LA EMPRESA (MARCA CON X)

☐ ASEGURADOR ☒ PROVEEDOR ☐ CONTRATISTA ☐ PARTICULAR ☐ OTRO CUAL:

I. DATOS DE LA PERSONA JURIDICA

RAZÓN SOCIAL:	SHERLEG LABOATORIES SAS			NIT:	900.539.662-5
REPRESENTANTE LEGAL:	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	NOMBRES:		
	LEGUIZAMON	AVILA	LUDWIN		
CEDULA DE CIUDADANÍA	☒	NUMERO:	LUGAR DE EXPEDICIÓN	FECHA EXPEDICIÓN AAAA/MM/DD	
CEDULA DE EXTRANJERÍA	☐	80.873.008	BOGOTÁ	4/04/2003	
FECHA NACIMIENTO AAAA/MM/DD	LUGAR NACIMIENTO:	DEPARTAMENTO:	NACIONALIDAD (1):	NACIONALIDAD (2):	
1984-09-17	BOGOTÁ	CUNDINAMARCA	COLOMBIANO	NA	
DIRECCIÓN DOMICILIO PRINCIPAL:	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELÉFONO/FAX	
CLL 13 # 68B - 26	BOGOTÁ	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	4059181	
CORREO ELECTRÓNICO DE CONTACTO:	PORTAL/PAGINA INTERNET:				
bogota20@sherleg.net	www.sherleg.com				
DIRECCIÓN SUCURSAL/AGENCIA:	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELÉFONO/FAX	
NA	NA	NA	NA	NA	

TIPO DE EMPRESA:	ACTIVIDAD ECONOMICA:				
☐ PÚBLICA	☒ INDUSTRIAL	☐ AGRICOLA	☒ SERVICIOS DE SALUD	CUAL: NA	
☐ MIXTA	☐ COMERCIAL	☒ FARMACEUTICA	☐ SERVICIOS FINANCIEROS		
☒ PRIVADA	☐ ASEGURADOR	☐ TRANSPORTES	☐ OTRA:		
☐ EXTRANJERA	☐ SERVICIOS				
INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE:	RENTA/CREE	IVA	(SI) ☐ (NO) ☐	(SI) ☒ (NO) ☐	CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA
					2100 3250
GRAN CONTRIBUYENTE	SI ☒ NO ☐	AGENTE RETENEDOR	SI ☒ NO ☐	AGENTE AUTORETENEDOR	SI ☒ NO ☐

II. DECLARACIÓN PERSONA PÚBLICAMENTE EXPUESTA (PEPS)

POR SU CARGO O ACTIVIDAD ADMINISTRATIVA TIENE A SU CARGO EL MANEJO DE RECURSOS PÚBLICOS	SI ☐ NO ☒
POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUN GRADO O TIPO DE PODER PÚBLICO	SI ☐ NO ☒
POR SU ACTIVIDAD, OCUPACIÓN U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL	SI ☐ NO ☒
ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS DIFERENTE A COLOMBIA	SI ☐ NO ☒

Si contestó afirmativamente alguna de las anteriores preguntas, por favor, especifique:

III. IDENTIFICACIÓN DE ACCIONISTAS, SOCIOS, ASOCIADOS QUE SEAN TITULARES DE MÁS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APOORTE O PARTICIPACIÓN

NOMBRE COMPLETO O RAZÓN SOCIAL (DE REQUERIR UTILICE ANEXO)	% PARTICIPACIÓN	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACIÓN
JAIME LEGUIZAMON	80,00%	C.C. ☒ C.E. ☐ J. ☐ IT ☐ RO ☐	19.301.832
MARGOTH AVILA	5,00%	C.C. ☒ C.E. ☐ J. ☐ IT ☐ RO ☐	20.631.982
MARY ELLEN LEGUIZAMON AVILA	5,00%	C.C. ☒ C.E. ☐ J. ☐ IT ☐ RO ☐	52.695.875
LUDWIN LEGUIZAMON AVILA	5,00%	C.C. ☒ C.E. ☐ J. ☐ IT ☐ RO ☐	80.873.008

IV. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	\$ 2.076.115.930	ACTIVOS TOTALES	\$ 26.472.077.891
INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	\$ 73.662.918	PASIVOS TOTALES	\$ 6.995.017.490

EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	\$	1.549.580.156	PATRIMONIO	\$	19.477.060.401
EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES		133.101.670			
CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES:	DIFERENCIA EN CAMBIO E INCAPACIDADES				
CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES:	DIFERENCIA EN CAMBIO E INCAPACIDADES				

V. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☒ NO ☐

IMPORTACIONES ☒ EXPORTACIONES ☐ INVERSIONES ☐
 OPERACIONES DE REDESCUENTO ☐ LEASING ☐ TRASFERENCIAS ☐
 PRESTAMOS MODENA EXTRANJERA ☐ PAGOS SERVICIOS ☐ OTRAS ☐

Especifique cuál:

TIPO PRODUCTO	No DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO OPERACIÓN	CIUDAD	PAIS	MONEDA
L/C	1003392/R003472	OCCIDENTE	USD 8650212	NASTOLA	FINLANDIA	USD
L/C	1003270/R003398	OCCIDENTE	USD 56311,50	CHATRAPATTI	INDIA	USD

VI. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Dedaro expresamente que:

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

FABRICACION Y COMERCIALIZACION DE DISPOSITIVOS MEDICO QUIRURGICOS

2. Las actividades realizadas por la Empresa se efectuan dentro del Marco Legal. Los recursos que posee NO provienen de actividades ilícitas de conformidad con el Código Penal Colombiano.

3. La información suministrada en este formulario es veraz y verificable, y me obligo a actualizarla cuando así se requiera.

4. Cúpsula para apoderados: Certifico que toda la información 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 destinaron a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

VII. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.

2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.

3. Fotocopia del documento de identificación del Representante legal de la Empresa.

4. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado.

5. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.

APODERADO
Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.

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 estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 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 utilización no requeriría 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 también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, enténdase 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, telefono 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 por todos los fines precontractuales y contractuales que comprenden las actividades de prestación 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 la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite 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 determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder 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) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío 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 las finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas 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, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación 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 adelanten gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UNAF, Fasecoldo, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

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: 2017-08-23

5. **DATOS SENSIBLES:** Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán 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 Nacional de 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 INFORMACIÓN:** 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 mí.

8. **RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACIONES:** 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 lo 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 2 No 38-46, Bogotá DC, Teléfono: 7560503 E-mail: dlfinanciera@subredsuroccidente.gov.co y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración 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 términos que nos fueron informados en el presente documento.

IX. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE ME SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice 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 verificar:			
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							

REPORTE

Nombre	Sherleg laboratories s.a.s
Número de identificación	900539662-5
Alias	
Fecha de reporte	Lunes 08 de Marzo del 2021, 10:43 am
Estado consulta	No reportado
País	Colombia
Jurisdicción	
Canal	Otros
Origen de recursos	Desarrollo de actividad
Producto	Alto
Lista	No se encontro en ninguna lista
Actividad económica	2100 fabricación de productos farmacéuticos, sustancias químicas medicinales y productos botánicos de uso farmacéutico.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

TIPO DE RELACIÓN	INDICADOR PROVEEDOR	RESULTADO
Consulta	0%	0%
País	5%	0%
Jurisdicción	5%	0%
Canal	5%	5%
Actividad	20%	20%
Producto	5%	5%
Origen de recursos	20%	8%
PERFIL DE RIESGO		38%
		62%

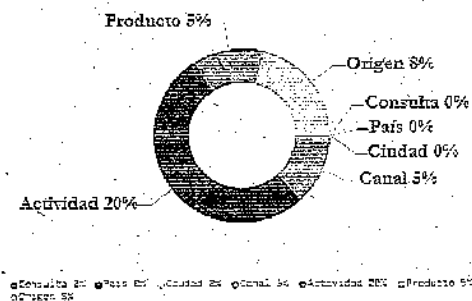
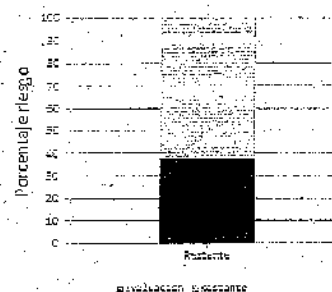
SEÑALES DE ALERTA

Sospechosa Inusual Intentada

OBSERVACIONES:

Sin observaciones

Firma



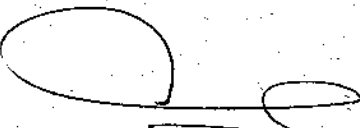
VERIFICACIÓN SARLAFT

OBJETO: SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS DE ACUERDO CON LA DESCRIPCIÓN DEL ANEXO TÉCNICO, CON EL APOYO TECNOLÓGICO REQUERIDO, EN CADA UNA DE LAS UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD QUE CONFORMAN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

CP-003-2021

Bogotá, D.C., Marzo de 2021

CRITERIOS A EVALUAR	PROPONENTE
	QUIRURGICOS LTDA
CONDICIONES	NIT: 860024862-6
	CONDICIÓN
	SI/NO
1. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Jurídica, en cumplimiento de lo establecido	SI
2. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Natural, Representante Legal, en cumplimiento de lo establecido en la Circular Externa N° 009 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud. NOTA 3: El formato SARLAFT presentado en la propuesta debe ir en formato PDF con firma y huella dactilar del representante legal, sin modificar la estructura del mismo.	N/A
CRITERIO	HABILITADO


Mónica E. González Montes
Oficial de Cumplimiento


Adriana Milena Velandia Trujillo
Técnico Administrativo II

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

FECHA: 2021-03-03 CIUDAD: Bogotá D.C. DEPARTAMENTO: Cundinamarca

Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

CLASE O TIPO DE VINCULACION LA EMPRESA (MARCA CON X)

☐ ASEGURADOR ☒ PROVEEDOR ☐ CONTRATISTA ☐ PARTICULAR ☐ OTRO CUAL:

I. DATOS DE LA PERSONA JURIDICA

RAZON SOCIAL: QUIRURGICOS LTDA. NIT: 860.024.862-6

REPRESENTANTE LEGAL: PRIMER APELLIDO PINZON SEGUNDO APELLIDO PERDOMO NOMBRES: ALEJANDRO

CEDULA DE CIUDADANIA ☒ NUMERO: 1.020.775.848 LUGAR DE EXPEDICION Bogotá D.C. FECHA EXPEDICION AAAA/MM/DD 5/11/2018

CEDULA DE EXTRANJERIA ☐ NUMERO: 1.020.775.848 LUGAR DE EXPEDICION Bogotá D.C. FECHA EXPEDICION AAAA/MM/DD 5/11/2018

FECHA NACIMIENTO AAAA/MM/DD 1992-10-27 LUGAR NACIMIENTO: Bogotá D.C. DEPARTAMENTO: Cundinamarca NACIONALIDAD (1): Colombiano NACIONALIDAD (2):

DIRECCION DOMICILIO PRINCIPAL: Calle 26 No. 69D 91 Of. 606 Ed. Arrecife CIUDAD: Bogotá D.C. DEPARTAMENTO: Cundinamarca PAIS: Colombia TELEFONO/FAX 7441740 - 7455208

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:

PORTAL/PAGINA INTERNET:

dbambague@quirurgicosltda.com

www.quirurgicosltda.com

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

TIPO DE EMPRESA:

ACTIVIDAD ECONOMICA:

☐ PUBLICA
☐ MIXTA
☒ PRIVADA
☐ EXTRANJERA

☐ INDUSTRIAL
☒ COMERCIAL
☐ ASEGURADOR
☐ SERVICIOS

☐ AGRICOLA
☐ FARMACEUTICA
☐ TRANSPORTES

☐ SERVICIOS DE SALUD
☐ SERVICIOS FINANCIEROS
☐ OTRA,

CUAL:

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:

RENTA/CRÉE

(SI)

☒

(NO)

☐

IVA

(SI)

☒

(NO)

☐

(SI)

☒

(NO)

☐

(SI)

☒

(NO)

☐

CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA

4645-4659

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 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, APOORTE O PARTICIPACION

NOMBRE COMPLETO O RAZON SOCIAL (DE REQUERIR UTILICE ANEXO)	% PARTICIPACION	TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION
JORGE DIAZ JARAMILLO	64,20%	C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	2.879.453
BLANCA RODRIGUEZ DE DIAZ	28,60%	C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	41.418.515
QUIRURGICOS LTDA.	7,2%	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☒ OTRO ☐	860.024.862-6
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	

IV. INFORMACION FINANCIERA

INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES ¹	3.413.127.000	ACTIVOS TOTALES	48.185.358.000
INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	82.066.000	PASIVOS TOTALES	19.669.551.000

EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	2.635.610.000	PATRIMONIO	28.515.807.000
EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	84.116.000		
CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES:	FINANCIERO, DIFERENCIA EN CAMBIO		
CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES:	FINANCIERO, DIFERENCIA EN CAMBIO		

V. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☒ NO ☐

IMPORTACIONES ☒	EXPORTACIONES ☐	INVERSIONES ☐	Especifique cual: <div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 40px;"></div>
OPERACIONES DE REDESCUENTO ☐	LEASING ☐	TRANSFERENCIAS ☒	
PRESTAMOS MODENA EXTRANJERA ☐	PAGOS SERVICIOS ☐	OTRAS ☐	

TIPO PRODUCTO	Nº DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO OPERACIÓN	CIUDAD	PAIS	MONEDA
CTA: COMPENSACION	200009408	BANCO DE OCCIDENTE	648106,11	PANAMA	PANAMA	US\$

VI. DECLARACIÓN DEL ORIGEN DE LOS DINEROS/FONDOS

Declaro expresamente que:

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

VENTA AL POR MAYOR Y POR MENOR DE EQUIPOS MEDICOS.

2. Las actividades realizadas por la Empresa se efectúan dentro del Marco Legal. Los recursos que posee NO provienen de actividades ilícitas de conformidad con el Código Penal Colombiano.

3. La información suministrada en este formulario es veraz y verificable, y me obligo a actualizarla cuando así se requiera.

4. Clausula para apoderados: Certifico que toda la información 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 destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

VII. DOCUMENTOS REQUERIDOS

- Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.
- Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
- Fotocopia del documento de identificación del Representante legal de la Empresa.
- Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado.
- Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.

APODERADO

Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.

**VIII. AUTORIZACIÓN DE USO DE INFORMACIÓN
CONSIDERACIONES**

- 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 estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
- Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 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 utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
- Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes.
- Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, enténdase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 -43, teléfono 3 44 44 84 y/o 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 prestación 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 la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite 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 determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder 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) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío 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 INFORMACIÓN: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas 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, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación 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 celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN 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 harán 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 Nacional de 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 INFORMACIÓN: 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 mí.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyen 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 lo previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán: a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Diagonal 34 No 5-43, Bogotá DC, Teléfono 344 44 84 E-mail: carlaft@subredcentrooriente.gov.co) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración 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 términos que nos fueron informados en el presente documento.

NOTA: Si desea ampliar esta información por favor visite: www.subredcentrooriente.gov.co, en el Link " POLÍTICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACIÓN DE DATOS PERSONALES".

IX. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO


ALEJANDRO PINZON PERDOMO

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

X. INFORMACIÓN DE ENTREVISTA

XI. INFORMACIÓN DE VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN

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			

2. Concepto **02** Actualización

4. Número de formulario

14730334303



(415)7707212489984(8020) 000001473033430 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional
Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

8 6 0 0 2 4 8 6 2 | 6

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona jurídica

25. Tipo de documento

1

26. Número de identificación

27. Fecha expedición

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

QUIRURGICOS LTDA

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

39. Departamento

Bogotá D.C.

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CL 26 69 D 91 OF 605 A 608

42. Correo electrónico

quirurgicos@quirurgicosltda.com

43. Código postal

1 0 4 6 3

44. Teléfono 1

7 4 4 1 7 4 0

45. Teléfono 2

3 1 2 5 6 9 1 8 6 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

4 6 4 5

47. Fecha inicio actividad

1 9 6 9 0 3 1 0

Actividad secundaria

48. Código

4 6 5 9

49. Fecha inicio actividad

1 9 6 9 0 3 1 0

Otras actividades

50. Código

3 3 1 2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

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 1 5 4 2 4 8 5 2

03- Impuesto al patrimonio

15- Autorretenedor

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

42- Obligado a llevar contabilidad

07- Retención en la fuente a título de renta

48- Impuesto sobre las ventas - IVA

08- Retención timbre nacional

52- Facturador electrónico

09- Retención en la fuente en el impuesto

10- Obligado aduanero

14- Informante de exógena

Obligados aduaneros

Exportadores

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

55. Forma

56. Tipo

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

☐

60. No. de folios:

1

61. Fecha

2021 - 01 - 12 / 14 : 37: 23

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 MALAMBO RUIZ DIANA MARCELA

985. Cargo Gestor I

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14730334303



(415)7707212489984(8020) 0000014730334303

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

8 6 0 0 2 4 8 6 2

6. DV

6

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza

2

63. Formas asociativas

1 0

65. Fondos

66. Cooperativas

68. Sin personería jurídica

69. Otras organizaciones no clasificadas

64. Entidades e institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados

67. Sociedades y organismos extranjeros

70. Beneficio

1

Constitución, Registro y Última Reforma

Composición del Capital

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

82. Nacional	1 0 0 %
83. Nacional público	0 0 %
84. Nacional privado	1 0 0 0 %
85. Extranjero	0 %
86. Extranjero público	0 0 %
87. Extranjero privado	0 0 %

Vigencia		
80. Desde	1 9 6 9 0 3 1 0	2 0 1 3 0 3 0 4
81. Hasta	2 0 2 0 0 3 1 0	2 0 4 0 0 4 1 9

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)	92. DV
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			

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14730334303



(415)7707212489984(8020) 000001473033430 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional
Impuestos de Bogotá

3

14. Buzón electrónico

8 6 0 0 2 4 8 6 2 6

Representación

98. Representación REPRS LEGAL PRIN		99. Fecha inicio ejercicio representación 2 0 2 0 0 1 2 2	
100. Tipo de documento Cédula de Ciudadan	101. Número de identificación 1 3 5 2 0 8 0 1 9 7	102. DV 1	103. Número de tarjeta profesional
104. Primer apellido DIAZ	105. Segundo apellido RODRIGUEZ	106. Primer nombre OLGA	107. Otros nombres PATRICIA
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal	
98. Representación REPRS LEGAL SUPL		99. Fecha inicio ejercicio representación 2 0 0 0 1 0 1 1	
100. Tipo de documento Cédula de Ciudadan	101. Número de identificación 1 3 1 7 0 5 4 3 5 9	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
104. Primer apellido DIAZ	105. Segundo apellido JARAMILLO	106. Primer nombre IGNACIO	107. Otros nombres ALBERTO
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal	
98. Representación REPRS LEGAL SUPL		99. Fecha inicio ejercicio representación 2 0 2 0 0 1 2 2	
100. Tipo de documento Cédula de Ciudadan	101. Número de identificación 1 3 1 0 2 0 7 7 5 8 4 8	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
104. Primer apellido PINZON	105. Segundo apellido PERDOMO	106. Primer nombre ALEJANDRO	107. Otros nombres
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal	
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	
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	

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14730334303



(415)7707212489984(8020) 0000014730334303

5. Número de identificación Tributaria (NIT) 8 6 0 0 2 4 8 6 2 6
6. DV Impuestos de Bogotá
12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

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

111. Tipo de documento Cédula de Ciudadana 1 3	112. Número de identificación 4 1 4 1 8 5 1 5	113. DV	114. Nacionalidad COLOMBIA	1 6 9
115. Primer apellido RODRIGUEZ	116. Segundo apellido DE DIAZ	117. Primer nombre BLANCA	118. Otros nombres CECILIA	
119. Razón social				
120. Valor capital del socio 371,800,000	121. % Participación 2 8 . 6	122. Fecha de ingreso 1 9 7 8 0 1 2 4	123. Fecha de retiro	
111. Tipo de documento Cédula de Ciudadana 1 3	112. Número de identificación 2 8 7 9 4 5 3	113. DV	114. Nacionalidad COLOMBIA	1 6 9
115. Primer apellido DIAZ	116. Segundo apellido JARAMILLO	117. Primer nombre JORGE	118. Otros nombres	
119. Razón social				
120. Valor capital del socio 834,600,000	121. % Participación 6 4 . 2	122. Fecha de ingreso 1 9 6 9 0 3 1 0	123. Fecha de retiro	
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	
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	
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	

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14730334303



(415)7707212489984(8020) 0000014730334303

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

8 6 0 0 2 4 8 6 2

6. DV

6

12. Dirección seccional
Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal	124. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía	125. Número de identificación 7 9 8 0 4 3 8 6	126. DV 1	127. Número de tarjeta profesional 7 8 5 4 0
	128. Primer apellido GAITAN	129. Segundo apellido DIAZ	130. Primer nombre HARRISON	131. Otros nombres
	132. Número de Identificación Tributaria (NIT) 9 0 0 5 8 9 0 9 4	133. DV 5	134. Sociedad o firma designada GAITAN REYES CONSULTORES ASOCIADOS S.A.S.	
	135. Fecha de nombramiento 2 0 1 8 0 5 1 0			
Revisor fiscal suplente	136. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía	137. Número de identificación 1 0 7 5 2 1 1 5 8 8	138. DV 1	139. Número de tarjeta profesional 1 2 8 8 3 6
	140. Primer apellido MENDEZ	141. Segundo apellido TORRES	142. Primer nombre BRIGITTE	143. Otros nombres KATHERINE
	144. Número de Identificación Tributaria (NIT) 9 0 0 5 8 9 0 9 4	145. DV 5	146. Sociedad o firma designada GAITAN REYES CONSULTORES ASOCIADOS S.A.S.	
	147. Fecha de nombramiento 2 0 1 8 0 5 1 0			
Contador	148. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía	149. Número de identificación 7 9 2 7 3 1 2 9	150. DV 1	151. Número de tarjeta profesional 2 8 5 3 0
	152. Primer apellido CASTRO	153. Segundo apellido GALINDO	154. Primer nombre JOSE	155. Otros nombres FERNANDO
	156. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1 9 9 2 1 1 0 1	157. DV 1	158. Sociedad o firma designada	
	159. Fecha de nombramiento 1 9 9 2 1 1 0 1			

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14730334303



(415)7707212489984(8020) 0000014730334303

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 8 6 0 0 2 4 8 6 2 6
6. DV 6
12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

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

160. Tipo de establecimiento Oficina 0 8	161. Actividad económica Comercio al por mayor de productos farmacéuticos, medicinales, cosméticos 4 6 4 5
162. Nombre del establecimiento QUIRURGICOS	
163. Departamento Bogotá D.C. 1 1	164. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. 0 0 1
165. Dirección AC 26 69 D 91 OF 605	
166. Número de matrícula mercantil 1 9 4 3 0	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 0 4 0 3 3 1
168. Teléfono 7 4 4 1 7 4 0	169. Fecha de cierre
160. Tipo de establecimiento Otro tipo de establecimiento 9 9	161. Actividad económica Comercio al por mayor de otros tipos de maquinaria y equipo n.c.p. 4 6 5 9
162. Nombre del establecimiento QUIRURGICOS	
163. Departamento Bogotá D.C. 1 1	164. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. 0 0 1
165. Dirección TV 93 53 32 BG 6	
166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil 1 9 9 4 1 0 0 4
168. Teléfono 2 6 8 7 3 0 9	169. Fecha de cierre
160. Tipo de establecimiento Agencia 0 1	161. Actividad económica Comercio al por mayor de productos farmacéuticos, medicinales, cosmético 4 6 4 5
162. Nombre del establecimiento QUIRURGICOS	
163. Departamento Antioquia 0 5	164. Ciudad/Municipio Medellín 0 0 1
165. Dirección CL 3 SUR 43 A 56 OF 904	
166. Número de matrícula mercantil 5 4 7 1	167. Fecha de la matrícula mercantil 1 9 9 4 1 0 0 4
168. Teléfono 2 6 8 7 3 0 9	169. Fecha de cierre

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14730334303



(415)7707212489984(8020) 000001473033430 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

8 6 0 0 2 4 8 6 2 6

Impuestos de Bogotá

3 2

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

160. Tipo de establecimiento Agencia	161. Actividad económica Comercio al por mayor de productos farmacéuticos, medicinales, cosméticos
0 1	4 6 4 5
162. Nombre del establecimiento: QUIRURGICOS CALI	
163. Departamento Valle del Cauca	164. Ciudad/Municipio Cali
7 6	0 0 1
165. Dirección CL 5 D 38 A 35 OF 1114	
166. Número de matrícula mercantil 1 0 2 7 8 4 9 2	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 1 8 0 9 0 5
168. Teléfono 4 8 6 0 0 4 1	169. Fecha de cierre
160. Tipo de establecimiento	
161. Actividad económica	
162. Nombre del establecimiento:	
163. Departamento	
164. Ciudad/Municipio	
165. Dirección	
166. Número de matrícula mercantil	
167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	
169. Fecha de cierre	
160. Tipo de establecimiento	
161. Actividad económica	
162. Nombre del establecimiento:	
163. Departamento	
164. Ciudad/Municipio	
165. Dirección	
166. Número de matrícula mercantil	
167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	
169. Fecha de cierre	

REPORTE

Nombre	Quirurgicos Ltda
Número de identificación	860024862-6
Alias	
Fecha de reporte	Lunes 08 de Marzo del 2021, 11:25 am
Estado consulta	No reportado
País	Colombia
Jurisdicción	-
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%	0%
Canal	5%	5%
Actividad	20%	20%
Producto	5%	5%
Origen de recursos	20%	8%
PERFIL DE RIESGO		38%
		62%

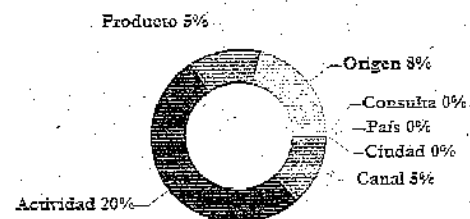
SEÑALES DE ALERTA

Sospechosa	Inusual	Intentada
------------	---------	-----------

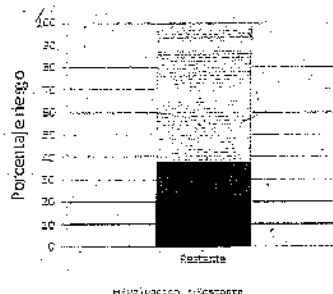
OBSERVACIONES:

Sin observaciones

Firma



Actividad 20% Origen 8% Canal 5% Producto 5% País 0% Ciudad 0% Consulta 0%



VERIFICACIÓN SARLAFT

OBJETO: SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS DE ACUERDO CON LA DESCRIPCIÓN DEL ANEXO TÉCNICO, CON EL APOYO TECNOLÓGICO REQUERIDO, EN CADA UNA DE LAS UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD QUE CONFORMAN LA Subred Integrada De Servicios De Salud Sur Occidente E.S.E.

CP-003-2021

Bogotá, D.C., Marzo de 2021

CRITERIOS A EVALUAR	PROPONENTE
	SMITH & NEPHEW COLOMBIA S.A.S.
	NIT: 900124455-5
CONDICIONES	CONDICIÓN
	SI/NO
1. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Jurídica, en cumplimiento de lo establecido	SI
2. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Natural, Representante Legal, en cumplimiento de lo establecido en la Circular Externa N° 009 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud. NOTA 3: El formato SARLAFT presentado en la propuesta debe ir en formato PDF con firma y huella dactilar del representante legal, sin modificar la estructura del mismo.	N/A
CRITERIO	HABILITADO


Mónica E. González Montes
Oficial de Cumplimiento


Adriana Milena Velandia Trujillo
Técnico Administrativo II

2. Concepto **02** Actualización

4. Número de formulario

14738909879



(415)7707212489984(8020) 000001473890987 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

9 0 0 1 2 4 4 5 5

6. DV

5

12. Dirección seccional

Impuestos de Grandes Contribuyentes

3

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona jurídica

25. Tipo de documento

1

28. Número de identificación

27. Fecha expedición

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

SMITH & NEPHEW COLOMBIA S.A.S.

36. Nombre comercial

37. Signo

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1

39. Departamento

Bogotá D.C.

1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CL 100 7 33 TO.1 P 3

42. Correo electrónico

impuesto@smith-nephew.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

6 0 5 7 3 7 3

45. Teléfono 2

2 5 7 3 5 3 5

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

50. Código

Otras actividades

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

4 6 5 9

2 0 1 9 0 4 0 1

4 6 6 9

2 0 0 6 1 2 1 8

7 7 3 0

3 3 1 9

5

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código

5 7 1 0 1 3 1 4 1 8 1 9 2 4 2 6 4 1 4 2 4 8 5 2

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

24- Declaración consolidada precios de tra

07- Retención en la fuente a título de rent

26- Declaración individual precios de tran

10- Obligado aduanero

41- Declaración anual de activos en el exte

13- Gran contribuyente

42- Obligado a llevar contabilidad

14- Informante de exogena

48- Impuesto sobre las ventas - IVA

18- Precios de transferencia

52- Facturador electrónico

19- Productor de bienes y/o servicios exen

Obligados aduaneros

Exportadores

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

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo	1	2	4
3	3	58. CPC	8	3	8
			3	3	3

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

2021-02-03/12:51:27

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 VELOZA ROBAYO CLAUDIA PATRICIA

985. Cargo Representante legal Certificado

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14738909879



(415)7707212489984(8020) 000001473890987 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

9 0 0 1 2 4 4 5 5

6. DV

5

12. Dirección seccional

Impuestos de Grandes Contribuyentes

14. Buzón electrónico

3 1

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza

2

63. Formas asociativas

1 2

65. Fondos

66. Cooperativas

68. Sin personería jurídica

69. Otras organizaciones no clasificadas

64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados
67. Sociedades y organismos extranjeros

70. Beneficio

1

Constitución, Registro y Última Reforma

Composición del Capital

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 5	0 4
72. Número	0 4 0 6 7	3 0
73. Fecha	2 0 0 6 1 2 1 3	2 0 1 8 0 3 3 1
74. Número de notaría	4 7	0 3
75. Entidad de registro	0 3	0 3
76. Fecha de registro	2 0 0 6 1 2 1 8	2 0 1 8 0 4 1 4
77. No. Matrícula mercantil	0 0 0 1 6 5 9 2 4 7	0 0 0 1 6 5 9 2 4 7
78. Departamento	1 1	1 1
79. Ciudad/Municipio	0 0 1	4
Vigencia		
80. Desde	2 0 0 6 1 2 1 3	2 0 1 8 0 3 3 1
81. Hasta	2 0 5 6 1 2 1 3	2 9 9 9 1 2 3 1

82. Nacional	0 %
83. Nacional público	0 . 0 %
84. Nacional privado	0 . 0 %
85. Extranjero	1 0 0 %
86. Extranjero público	0 . 0 %
87. Extranjero privado	1 0 0 . 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)	92. DV
1	7 9	2 0 1 4 0 1 0 1		
2	2 1	2 0 1 5 0 8 2 5		
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
1			
97. Nombre o razón social de la matriz o controlante			
PLUS ORTHOPEDICS HOLDING AG			
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			

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14738909879



(415)7707212489984(8020) 000001473890987 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional
Impuestos de Grandes Contribuyentes

14. Buzón electrónico

9 0 0 1 2 4 4 5 5

3 1

Representación

98. Representación REPRS LEGAL PRIN	1 8	99. Fecha inicio ejercicio representación	2 0 1 8 0 5 0 4
100. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía	1 3	101. Número de identificación	5 2 0 3 2 5 8 9
104. Primer apellido VELOZA	105. Segundo apellido ROBAYO	106. Primer nombre CLAUDIA	107. Otros nombres PATRICIA
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal	
98. Representación REPRS LEGAL SUPL	1 9	99. Fecha inicio ejercicio representación	2 0 1 5 0 3 3 1
100. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía	1 3	101. Número de identificación	5 2 4 0 1 2 0 6
104. Primer apellido PORTILLO	105. Segundo apellido GANDUR	106. Primer nombre DERLY	107. Otros nombres CAROLINA
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal	
98. Representación REPRS LEGAL SUPL	1 9	99. Fecha inicio ejercicio representación	2 0 1 8 0 3 3 1
100. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía	1 3	101. Número de identificación	7 9 9 8 1 6 9 1
104. Primer apellido ARBELAEZ	105. Segundo apellido MEJIA	106. Primer nombre SANTIAGO	107. Otros nombres
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal	
98. Representación REPRESENTANTE ADUANERO	2 2	99. Fecha inicio ejercicio representación	2 0 1 8 0 6 0 6
100. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía	1 3	101. Número de identificación	1 0 1 4 2 0 2 2 6 7
104. Primer apellido QUINTERO	105. Segundo apellido QUINTERO	106. Primer nombre JENNY	107. Otros nombres ANDREA
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal	
98. Representación REPRESENTANTE ADUANERO	2 2	99. Fecha inicio ejercicio representación	2 0 1 8 1 2 2 7
100. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía	1 3	101. Número de identificación	1 0 1 5 4 4 0 1 0 2
104. Primer apellido ROZO	105. Segundo apellido JIMENEZ	106. Primer nombre LORENA	107. Otros nombres
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal	

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14738909879



(415)7707212489984(8020) 0000014738909879

5. Número de identificación Tributaria (NIT) 9 0 0 1 2 4 4 5 5 6. DV 5 12. Dirección seccional Impuestos de Grandes Contribuyentes 14. Buzón electrónico

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

111. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3	112. Número de identificación 5 2 4 0 1 2 0 6	113. DV 114. Nacionalidad COLOMBIA	1 6 9
115. Primer apellido PORTILLO	116. Segundo apellido GANDUR	117. Primer nombre DERLY	118. Otros nombres CAROLINA
119. Razón social			
120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso 2 0 1 6 0 8 3 1	123. Fecha de retiro
111. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3	112. Número de identificación 7 9 9 8 1 6 9 1	113. DV 114. Nacionalidad COLOMBIA	1 6 9
115. Primer apellido ARBELAEZ	116. Segundo apellido MEJIA	117. Primer nombre SANTIAGO	118. Otros nombres
119. Razón social			
120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso 2 0 1 6 0 8 3 1	123. Fecha de retiro
111. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3	112. Número de identificación 5 2 0 3 2 5 8 9	113. DV 114. Nacionalidad COLOMBIA	1 6 9
115. Primer apellido VELOZA	116. Segundo apellido ROBAYO	117. Primer nombre CLAUDIA	118. Otros nombres PATRICIA
119. Razón social			
120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso 2 0 1 6 0 8 3 1	123. Fecha de retiro
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
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

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14738909879



(415)7707212489984(8020) 0000014738909879

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

Impuestos de Grandes Contribuyentes

3

1

14. Buzón electrónico

9 0 0 1 2 4 4 5 5 | 5

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal

124. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía 1 3

125. Número de identificación

1 0 1 8 4 3 1 4 5 0

126. DV 127. Número de tarjeta profesional

1 7 3 5 9 4 T

128. Primer apellido

ROMERO

129. Segundo apellido

ACERO

130. Primer nombre

JUAN

131. Otros nombres

CARLOS

132. Número de Identificación Tributaria (NIT)

133. DV

134. Sociedad o firma designada

8 6 0 0 0 0 8 4 6 | 4 KPMG LTDA

135. Fecha de nombramiento

2 0 1 7 1 1 0 2

Revisor fiscal suplente

136. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía 1 3

137. Número de identificación

1 0 3 2 4 6 2 8 9 9

138. DV

139. Número de tarjeta profesional

2 6 6 2 1 4 T

140. Primer apellido

CICUA

141. Segundo apellido

ALFONSO

142. Primer nombre

NATALIA

143. Otros nombres

MARCELA

144. Número de Identificación Tributaria (NIT)

145. DV

146. Sociedad o firma designada

8 6 0 0 0 0 8 4 6 | 4 KPMG SAS

147. Fecha de nombramiento

2 0 2 0 1 0 1 3

Contador

148. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía 1 3

149. Número de identificación

1 0 1 0 1 7 1 4 2 7

150. DV

151. Número de tarjeta profesional

1 7 3 1 3 6 T

152. Primer apellido

PAIPA

153. Segundo apellido

CUELLAR

154. Primer nombre

LEIDY

155. Otros nombres

DAIAN

156. Número de Identificación Tributaria (NIT)

157. DV

158. Sociedad o firma designada

159. Fecha de nombramiento

2 0 2 0 0 8 0 1

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14738909879



(415)7707212489984(8020) 000001473890987 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

Impuestos de Grandes Contribuyentes

9 0 0 1 2 4 4 5 5

5

14. Buzón electrónico

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal	124. Tipo de documento	125. Número de identificación		126. DV	127. Número de tarjeta profesional
	128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre		131. Otros nombres
	132. Número de Identificación Tributaria (NIT)	133. DV	134. Sociedad o firma designada		
	135. Fecha de nombramiento				
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 4 5 6 8 5 4 2			2 5 8 3 7 4 T
	140. Primer apellido	141. Segundo apellido	142. Primer nombre		143. Otros nombres
	MENDOZA	ACOSTA	LAURA		STEPHANIA
Contador	144. Número de Identificación Tributaria (NIT)	145. DV	146. Sociedad o firma designada		
	8 6 0 0 0 0 8 4 6 4		KPMG S A S		
	147. Fecha de nombramiento				
	2 0 1 9 0 7 1 0				
Contador	148. Tipo de documento	149. Número de identificación		150. DV	151. Número de tarjeta profesional
	Cédula de Ciudadanía 1 3	5 2 7 9 5 4 0 3			1 3 2 3 0 8 T
	152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre		155. Otros nombres
	CUERVO	MORENO	YENNY		ASTRID
156. Número de Identificación Tributaria (NIT)					
157. DV					
158. Sociedad o firma designada					
159. Fecha de nombramiento					
2 0 1 8 1 1 1 9					

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14738909879



(415)7707212489984(8020) 000001473890987 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

9 0 0 1 2 4 4 5 5

Impuestos de Grandes Contribuyentes

3 1

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

160. Tipo de establecimiento Sucursal	161. Actividad económica Comercio al por mayor de otros productos n.c.p.	162. Nombre del establecimiento SUCURSAL SABANETA
163. Departamento Antioquia	164. Ciudad/Municipio Sabaneta	165. Dirección CR 48 52 SUR 177 BG 104
166. Número de matrícula mercantil 0 0 1 1 6 4 9 1	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 0 7 0 3 1 5	168. Teléfono 3 0 1 3 1 7 7
160. Tipo de establecimiento Sucursal	161. Actividad económica Comercio al por mayor de otros productos n.c.p.	162. Nombre del establecimiento SUCURSAL BARRANQUILLA
163. Departamento Atlántico	164. Ciudad/Municipio Barranquilla	165. Dirección CR 50 75 20 LC 102 CC LA 50
166. Número de matrícula mercantil 5 6 8 0 9 5	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 1 3 0 4 1 8	168. Teléfono 3 6 9 8 3 1 8
160. Tipo de establecimiento Sucursal	161. Actividad económica Comercio al por mayor de otros productos n.c.p.	162. Nombre del establecimiento SUCURSAL CALI
163. Departamento Valle del Cauca	164. Ciudad/Municipio Cali	165. Dirección AV 5 NORTE 17 N 98 OF 213 ED NUCLEO PROFESIONAL
166. Número de matrícula mercantil 7 5 4 2 9 9 2	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 0 8 1 2 1 8	168. Teléfono 6 6 0 3 4 8 2

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14738909879



(415)7707212489984(8020) 000001473890987 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

9 0 0 1 2 4 4 5 5

6. DV

12. Dirección seccional

Impuestos de Grandes Contribuyentes

14. Buzón electrónico

3

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

160. Tipo de establecimiento Sucursal	161. Actividad económica Comercio al por mayor de otros productos n.c.p.	4 6 6 9
162. Nombre del establecimiento SUCURSAL PEREIRA		
163. Departamento Risaralda	164. Ciudad/Municipio Pereira	0 0 1
165. Dirección CR 10 19 52 OF 1507 ZN COMPLEJO URBANO DIARIO DEL OTUN		
166. Número de matrícula mercantil 1 8 1 1 5 6 1 7	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 1 4 0 6 1 8	
168. Teléfono 6 0 5 7 3 7 3	169. Fecha de cierre	
160. Tipo de establecimiento Otro tipo de establecimiento	161. Actividad económica Comercio al por mayor de otros productos n.c.p.	4 6 6 9
162. Nombre del establecimiento BODEGA ALAMOS		
163. Departamento Bogotá D.C.	164. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C.	0 0 1
165. Dirección CL 64 G 90 A 48		
166. Número de matrícula mercantil 0 1 6 5 9 2 4 7	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 0 6 1 2 1 8	
168. Teléfono 6 0 5 7 3 7 3	169. Fecha de cierre	
160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
162. Nombre del establecimiento		
163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
165. Dirección		
166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	

SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARLAFT *

FECHA: 2021-03-03 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 5.2.2.2.1, 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 ☒ PROVEEDOR ☐ CONTRATISTA ☐ PARTICULAR ☐ OTRO CUAL:

I. DATOS DE LA PERSONA JURIDICA

RAZON SOCIAL: SMITH&NEPHEW COLOMBIA S.A.S NIT: 900.124.455-5

REPRESENTANTE LEGAL: PRIMER APELLIDO VELOZA SEGUNDO APELLIDO ROBAYO NOMBRES: CLAUDIA PATRICIA

CEDULA DE CIUDADANIA: ☒ NUMERO: LUGAR DE EXPEDICION: FECHA EXPEDICION: AAAA/MM/DD

CEDULA DE EXTRANJERIA: ☐ 52.032.589 BOGOTA 25/08/1989

FECHA NACIMIENTO: AAAA/MM/DD LUGAR NACIMIENTO: DEPARTAMENTO: NACIONALIDAD (1): NACIONALIDAD (2):

2021-02-19 BOGOTA CUNDINAMARCA COLOMBIANA

DIRECCION DOMICILIO PRINCIPAL: CIUDAD: DEPARTAMENTO: PAIS: TELEFONO/FAX:

CLL 100 # 7-33 BOGOTA CUNDINAMARCA COLOMBIA 6057373

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO: PORTAL/PAGINA INTERNET:

clientes@smith-nephew.com smith-nephew.com

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

CLL 100 # 7-33 BOGOTA CUNDINAMARCA COLOMBIA 6057373

TIPO DE EMPRESA: ACTIVIDAD ECONOMICA:

☐ PUBLICA ☐ INDUSTRIAL ☐ AGRICOLA ☐ SERVICIOS DE SALUD ☐ MIXTA ☒ COMERCIAL ☐ FARMACEUTICA ☐ SERVICIOS FINANCIEROS ☐ PRIVADA ☐ ASEGURADOR ☐ TRANSPORTES ☐ OTRA ☐ EXTRANJERA ☐ SERVICIOS

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE: RENTA/CREE: IVA: LCA: CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA: 4559 4669

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, APOORTE O PARTICIPACION

NOMBRE COMPLETO O RAZON SOCIAL (DE REQUERIR UTILICE ANEXO)	% PARTICIPACION	TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION
S&N HOLDING S.A.S	99.99%	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTR ☒	900.818.280-2
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTR ☐	
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTR ☐	
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTR ☐	

IV. INFORMACION FINANCIERA

INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	6.747.471.417	ACTIVOS TOTALES	141.569.892.000
INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	2.726.597.500	PASIVOS TOTALES	35.159.892.000
EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	5.375.786.250	PATRAMONIO	106.410.000.000
EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	1.289.885.167		
CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES:	SUBSIDIO DE AFILIADAS	DIFERENCIA EN CAMBIO	
CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES:	SERVICIO GLOBALES DE TECNOLOGIA	DIFERENCIA EN CAMBIO	

V. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA:

SI ☒ NO ☐

IMPORTACIONES	☒	EXPORTACIONES	☐	INVERSIONES	☐
OPERACIONES DE REDESCUENTO	☐	FINANC	☐	TRANSFERENCIAS	☐
PRESTAMOS MONEDA EXTRANJERA	☐	PAGOS SERVICIOS	☐	OTRAS	☐

Especifique cual:

TIPO PRODUCTO	No DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO OPERACION	Ciudad	PAIS	MONEDA
CORRIENTE	871274010	DAVIVIENDA INT	100.000	MIAMI	EEUU	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):

VENTA Y DISTRIBUCION DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS Y MEDICO QUIRURGICO

- Las actividades realizadas por la Empresa se efectúan dentro del Marco Legal. Los recursos que posee NO provienen de actividades ilícitas de conformidad con el Código Penal Colombiano.
- La información suministrada en este formulario es veraz y verificable, y me obligo a actualizarla cuando así se requiera.
- Cláusula para apoderados: Certifico que toda la información suministrada y de la cual no soy titular ha sido obtenida de acuerdo con los parámetros establecidos legalmente.
- Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato NO se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

VII. DOCUMENTOS REQUERIDOS

- Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.
- Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
- Fotocopia del documento de identificación del Representante legal de la Empresa.
- Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado.
- Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.

APODERADO

Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.

VIII. AUTORIZACION DE USO DE INFORMACION

CONSIDERACIONES:

- 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 estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
- Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran armonizadas 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 utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
- Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes.
- Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón 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, entendiéndose 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.

Declare 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, suministraremos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación 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 la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite 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 determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder 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) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío 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 esta Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. **USUARIOS DE LA INFORMACIÓN:** Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transferidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas 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, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación 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 adelanten gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Basecolda, u cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

4. **TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES:** 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 harán 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 Nacional de 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 he sido obligado a responderlas.

7. **DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN:** Que como titular de la información, me 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 mí.

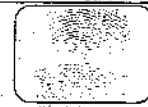
8. **RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN:** Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyen en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del tratamiento de los datos que se comparten, transfieren, transmiten, entregan o divulgan, 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, Teléfono 7560505 E-mail: dirfinanciera@subredsuroccidente.gov.co) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración 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 autorizamos, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

CL. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE ME SUMINISTRAS
ES EXACTA Y VERDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA				XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION			
1. Fecha	2. Ciudad	3. Nombre del funcionario o Asesor	4. Lugar de la Entrevista	1. Fecha	2. Ciudad	3. Nombre y Cargo de quien verifica	4. Lugar de la verificación
5. Observaciones:				5. Observaciones:			
6. Resultado de la Entrevista: ACEPTADO ☐ RECHAZADO ☐				6. Firma y cédula:			
7. Firma y Cédula							

REPORTE

Nombre	Smith & nephew colombia s.a.s.
Número de identificación	900124455-5
Alias	
Fecha de reporte	Lunes 08 de Marzo del 2021, 11:36 am
Estado consulta	No reportado
País	Colombia
Jurisdicción	-
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%	0%
Canal	5%	5%
Actividad	20%	20%
Producto	5%	5%
Origen de recursos	20%	8%
PERFIL DE RIESGO		38%
		62%

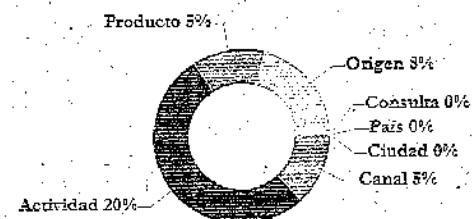
SEÑALES DE ALERTA

Sospechosa Inusual Intentada

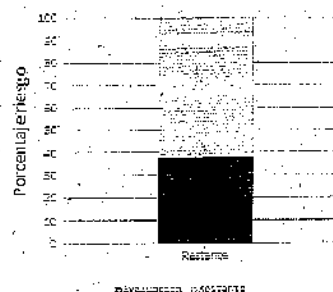
OBSERVACIONES:

Sin observaciones

Firma



Consulta 0% País 0% Ciudad 0% Canal 5% Actividad 20% Producto 5%



AREA PRECONTRACTUAL SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDEN

<http://www.sarlaftcol.com/app/app/webroot/SMITH&NEPHEWCOLOMBIAS.A.S..xls>



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
SUR OCCIDENTE ESE

VERIFICACIÓN SARLAFT

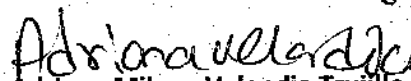
OBJETO: SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS DE ACUERDO CON LA DESCRIPCIÓN DEL ANEXO TÉCNICO, CON EL APOYO TECNOLÓGICO REQUERIDO, EN CADA UNA DE LAS UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD QUE CONFORMAN LA Subred Integrada De Servicios De Salud Sur Occidente E.S.E.

CP-003-2021

Bogotá, D.C., Marzo de 2021

CRITERIOS A EVALUAR	PROPONENTE
	BSN MEDICAL LIMITADA
	NIT: 805019723-0
CONDICIONES	CONDICIÓN
	SI/NO
1. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Jurídica, en cumplimiento de lo establecido	SI
2. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Natural, Representante Legal, en cumplimiento de lo establecido en la Circular Externa N° 009 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud. NOTA 3: El formato SARLAFT presentado en la propuesta debe ir en formato PDF con firma y huella dactilar del representante legal, sin modificar la estructura del mismo.	N/A
CRITERIO	HABILITADO

Mónica E. González Montes
Oficial de Cumplimiento


Adriana Milena Velandia Trujillo
Técnico Administrativo II

2. Concepto **02** Actualización

4. Número de formulario

14730766264



(415)7707212489984(8020) 0000014730766264

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

8 0 5 0 1 9 7 2 3 0

Impuestos de Cali

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona jurídica

25. Tipo de documento

1

26. Número de Identificación

27. Fecha expedición

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

BSN MEDICAL LIMITADA

36. Nombre comercial

BSN MEDICAL LIMITADA

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Valle del Cauca

7 6

40. Ciudad/Municipio

Yumbo

8 9 2

41. Dirección principal

CR 36 13 451

42. Correo electrónico

victor.cedeno@essity.com

43. Código postal

8 6 9 6

44. Teléfono

6 5 1 0 2 0 0

45. Teléfono 2

6 5 4 1 8 3 0

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

50. Código

1 2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

2 1 0 0

2 0 0 1 0 3 2 8

4 6 4 5

2 0 0 1 0 3 2 8

8 2 9 9

1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 3 5 7 8 1 0 1 4 1 5 1 8 1 9 2 6 4 1 4 2 4 8 5 2

03- Impuesto al patrimonio

18- Precios de transferencia

05- Impo. renta y compl. régimen ordinario

19- Productor de bienes y/o servicios exen

07- Retención en la fuente a título de rent

26- Declaración individual precios de tran

08- Retención timbre nacional

41- Declaración anual de activos en el exte

10- Obligado aduanero

42- Obligado a llevar contabilidad

14- Informante de exogena

48- Impuesto sobre las ventas - IVA

15- Autorretenedor

52 - Facturador electrónico

Obligados aduaneros

Exportadores

54. Código 2 2 2 3 2 8 4 6 4 7 4 4 3 7

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

3

1

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

☐

60. No. de Folios

7

61. Fecha

2021 - 01 - 14 / 17 : 03: 25

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 RAMON VALDERRAMA JHON JAIRÓ

985. Cargo Gestor I

SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARLAFT *

FECHA: 2021-03-03 CIUDAD: Yumbo DEPARTAMENTO: Valle del Cauca

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 Políticas 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 ☒ PROVEEDOR ☐ CONTRATISTA ☐ PARTICULAR ☐ OTRO CUAL:

I. DATOS DE LA PERSONA JURIDICA

RAZON SOCIAL:	BSN MEDICAL LIMITADA			NIT:	805.019.723-0
REPRESENTANTE LEGAL:	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	NOMBRES:		
	CANTOR	CORTÉS	PAOLA LILIANA		
CEDULA DE CIUDADANÍA	☒	NUMERO:	LUGAR DE EXPEDICION	FECHA EXPEDICION AAAA/MM/DD	
CEDULA DE EXTRANJERÍA	☐	52.214.730	Bogotá D.C.	05/01/1995	
FECHA NACIMIENTO AAAA/MM/DD	LUGAR NACIMIENTO:	DEPARTAMENTO:	NACIONALIDAD (1):	NACIONALIDAD (2):	
1976-11-04	Bogotá D.C.	Cundinamarca	Colombiana		
DIRECCION DOMICILIO PRINCIPAL:	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX	
Cra.36 N° 13-451 Acopi Yumbo	Yumbo	Valle del Cauca	Colombiana	(572)651 0200	
CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:			PORTAL/PAGINA INTERNET:		
maria.carvajal@essity.com - freddy.parra@essity.com			www.essity.com		
DIRECCION SUCURSAL/AGENCIA:	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX	

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/CEE	(SI) ☒ IVA (NO) ☐	(SI) ☐ ICA (NO) ☒	CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMIC	
				2100 4645	
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, OCUPACIÓN 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, APOORTE O PARTICIPACION

NOMBRE COMPLETO O RAZON SOCIAL (DE REQUERIR UTILICE ANEXO)	% PARTICIPACION	TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION
BSN MEDICAL INTERNATIONAL HOLDING GMBH & CO.	95%	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☒ OTRO ☐	805.023.232-1
BSN MEDICAL NETHERLANDS HOLDING BV.	5%	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☒ OTRO ☐	900.071.006-2
-----		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	

C.C. ☐ C.E. ☐ T.L. ☐ NIT ☐ OTRO ☐

IV. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	\$ 8,120,641,000	ACTIVOS TOTALES	\$ 73,566,400,000
INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	\$ 2,183,000	PASIVOS TOTALES	\$ 38,511,316,000
EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	\$ 7,351,058,000	PATRIMONIO	\$ 35,055,084,000
EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	\$ 109,646,000		
CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES:	Maquila; Recuperaciones e indemnizaciones; Lucro cesante		
CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES:	Gastos personal LATAM; Pérdida en vta y retiro de bienes		

V. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA:

SI ☒ NO ☐

IMPORTACIONES ☒	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
Compensación	102008915	Itaú	360,519.05	Panamá	Panamá	USD
Compensación	102013705	Itaú	494,926.26	Panamá	Panamá	EURO

VI. DECLARACIÓN 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):

La producción, distribución, compra, venta, importación, exportación de productos de uso humano como esparadrapos, vendajes, adhesivos, vendajes de yeso, curaciones, ortopedia

2. Las actividades realizadas por la Empresa se efectúan dentro del Marco Legal. Los recursos que posee NO provienen de actividades ilícitas de conformidad con el Código 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 información suministrada y de la cual no soy titular ha sido obtenida de acuerdo con los parámetros establecidos legalmente.

5. Los recursos que se deducen del desarrollo de esta actividad NO se destinaron a la financiación del terrorismo, crimen organizado o actividades terroristas.

VII. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.
2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
3. Fotocopia del documento de identificación del Representante legal de la Empresa.
4. Fotocopia Declaración de Renta del último período gravable declarado.
5. Estados Financieros del último período disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.

APODERADO

Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.

VIII. AUTORIZACIÓN DE USO DE INFORMACIÓN

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 estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 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 utilización no requeriría 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 tratarán observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, enténdase 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 prestación 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 la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite 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 determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder 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) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío 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 INFORMACIÓN: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas 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, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación 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 celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN 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 harán 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 Nacional de 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 INFORMACIÓN: 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 mí.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: 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, Bogotá DC, Teléfono 7560505 E-mail: dirfinanciera@subredsuroccidente.gov.co y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración 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 términos que nos fueron informados en el presente documento.

IX. FIRMA Y HUELLA

COM

Jaola I. Cantor C.

Firma Cliente / Representante Legal



X. INFORMACION DE ENTREVISTA				XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION			
1. Fecha	2. Ciudad	3. Nombre del funcionario o Asesor:	4. Lugar de la Entrevista:	1. Fecha	2. Ciudad	3. Nombre y Cargo de quien verifica:	4. Lugar de la verificación:
5. Observaciones:				5. Observaciones:			
6. Resultado de la Entrevista:		ACEPTADO ☐ RECHAZADO ☐		6. Firma y cédula:			
7. Firma y Cédula							

REPORTE

Nombre	Bsn medical limitada
Número de identificación	805019723-0
Alias	
Fecha de reporte	Lunes 08 de Marzo del 2021, 11:43 am
Estado consulta	No reportado
País	Colombia
Jurisdicción	-
Canal	Otros
Origen de recursos	Desarrollo de actividad
Producto	Alto
Lista	No se encontro en ninguna lista
Actividad económica	2100 fabricación de productos farmacéuticos, sustancias químicas medicinales y productos botánicos de uso farmacéutico.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

TIPO DE RELACIÓN	INDICADOR PROVEEDOR	RESULTADO
Consulta	0%	0%
País	5%	0%
Jurisdicción	5%	0%
Canal	5%	5%
Actividad	20%	20%
Producto	5%	5%
Origen de recursos	20%	8%
PERFIL DE RIESGO		38%
		62%

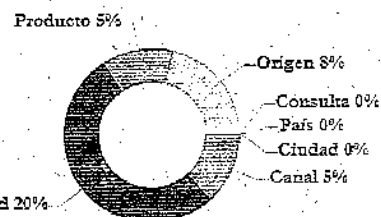
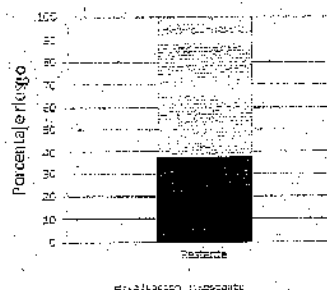
SEÑALES DE ALERTA

Sospechosa Inusual Intentada

OBSERVACIONES:

Sin observaciones

Firma





SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
SUR OCCIDENTE ESE

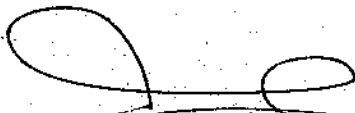
VERIFICACIÓN SARLAFT

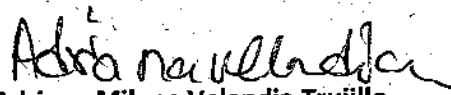
OBJETO: SUMINISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS DE ACUERDO CON LA DESCRIPCIÓN DEL ANEXO TÉCNICO, CON EL APOYO TECNOLÓGICO REQUERIDO, EN CADA UNA DE LAS UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD QUE CONFORMAN LA Subred Integrada De Servicios De Salud Sur Occidente E.S.E.

CP-003-2021

Bogotá, D.C., Marzo de 2021

CRITERIOS A EVALUAR	PROPONENTE
	LABORATORIOS BAXTER S.A.
CONDICIONES	NIT: 890300292-0
	CONDICIÓN
	SI/NO
1. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Jurídica, en cumplimiento de lo establecido	SI
2. Formato - Formulario Conocimiento de Cliente o Contraparte – Persona Natural, Representante Legal, en cumplimiento de lo establecido en la Circular Externa N° 009 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud. NOTA 3: El formato SARLAFT presentado en la propuesta debe ir en formato PDF con firma y huella dactilar del representante legal, sin modificar la estructura del mismo.	N/A
CRITERIO	HABILITADO


Mónica E. González Montes
Oficial de Cumplimiento


Adriana Milena Velandia Trujillo
Técnico Administrativo II

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

FECHA: 01/03/2021 CIUDAD: Bogota DEPARTAMENTO: Cundinamarca

Distinguido 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 ☒ PROVEEDOR ☐ CONTRATISTA ☐ PARTICULAR ☐ OTRO CUAL:

I. DATOS DE LA PERSONA JURIDICA

RAZON SOCIAL: Laboratorios Baxter S.A. NIT: 890.300.292-0

REPRESENTANTE LEGAL: PRIMER APELLIDO Betancur SEGUNDO APELLIDO Cadavid NOMBRES: Heman Dario

CEDULA DE CIUDADANÍA ☒ NUMERO: 94.482.327 LUGAR DE EXPEDICION Buga FECHA EXPEDICION AAAA/MM/DD 23 / 05 / 2003

CEDULA DE EXTRANJERÍA ☐ NUMERO: 94.482.327 LUGAR DE EXPEDICION Buga FECHA EXPEDICION AAAA/MM/DD 23 / 05 / 2003

FECHA NACIMIENTO AAAA/MM/DD 19 / 04 / 1985 LUGAR NACIMIENTO: Medellin DEPARTAMENTO: Antioquia NACIONALIDAD (1): Colombia NACIONALIDAD (2):

DIRECCION DOMICILIO PRINCIPAL: Calle 36 # 2c - 22 CIUDAD: Cali DEPARTAMENTO: Valle del Cauca PAIS: Colombia TELEFONO/FAX: 4447000

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO: centro_de_servicios@baxter.com PORTAL/PAGINA INTERNET:

DIRECCION SUCURSAL/AGENCIA: Transversal 23 # 97 -73 Piso 6 CIUDAD: Bogota DEPARTAMENTO: Cundinamarca PAIS: Colombia TELEFONO/FAX: 5893244

TIPO DE EMPRESA: ACTIVIDAD ECONOMICA:

☐ PUBLICA ☒ INDUSTRIAL ☐ AGRICOLA ☐ SERVICIOS DE SALUD
☐ MIXTA ☐ COMERCIAL ☐ FARMACEUTICA ☐ SERVICIOS FINANCIEROS
☒ PRIVADA ☐ ASEGURADOR ☐ TRANSPORTES ☐ OTRA
☐ EXTRANJERA ☐ SERVICIOS

CUAL:

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE: RENTA/CEE ☒ IVA ☐ LCA ☒ CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA: 2100

GRAN CONTRIBUYENTE SI ☒ NO ☐ AGENTE RETENEDOR SI ☒ NO ☐ AGENTE AUTORETENEDOR SI ☒ NO ☐

II. DECLARACION PERSONA PUBLICAMENTE EXPUESTA (PEPE)

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, APOORTE O PARTICIPACION

NOMBRE COMPLETO O RAZON SOCIAL (DE REQUERIR UTILICE ANEXO)	% PARTICIPACION	TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION
Baxter Internacional INC	100%	C.C. ☐ C.E. ☐ T.L. ☐ NIT ☒ OTRO ☐	36-0781620
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.L. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.L. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.L. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	

IV. INFORMACION FINANCIERA

INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	53,129,556,000	ACTIVOS TOTALES	759,576,077,000
INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	1,149,734,000	PASIVOS TOTALES	194,685,155,000

EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	43,616,237,917	PATRIMONIO	564,890,922,000
EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	1,284,264,500		
CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES:		DIFERENCIA EN CAMBIO	
CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES:		DIFERENCIA EN CAMBIO	

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA:		SI		NO	
IMPORTACIONES	☒	EXPORACIONES	☒	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 compensacion	36903869	Citibank	4.000.000	NY	USA	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 compacion, oficio, actividad o negocio):

Desarrollar, mercadear y facturar productos farmaceuticos

2. Las actividades realizadas por la Empresa se efectúan dentro del Marco Legal. Los recursos que posee NO provienen de actividades ilícitas de conformidad con el Código Penal Colombiano.

3. La información suministrada en este formulario es veraz y verificable, y me obligo a actualizarla cuando así se requiera.

4. Clausula para apoderados: Certifico que toda la información 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 financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

VII. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.
2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
3. Fotocopia del documento de identificación del Representante legal de la Empresa.
4. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado.
5. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.

APODERADO

Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.

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 estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidas 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 utilización no requeriría 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 tratarán observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entendiéndose 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 prestación 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 la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, dador, 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 determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticos, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío 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 dicha 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 finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas 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, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación 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 celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, FiscoCol, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

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 harán 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 Nacional de 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 INFORMACIÓN:** 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 mí.

8. **RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN:** 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 2 No 39-46, Bogotá D.C., Teléfono 7569505 E-mail: dirfinanciera@subredsuoccidente.gov.co y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración 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 autorizamos, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

IX. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERDICA EN TODOS SUS PUNTOS Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO





Firma cliente / Representante Legal

Huella Índice 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			

2. Concepto **02** Actualización

4. Número de formulario

14737539944



(415)7707212489984(8020) 000001473753994 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

8 9 0 3 0 0 2 9 2 0

Impuestos de Cali

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona jurídica

25. Tipo de documento

1

26. Número de identificación

27. Fecha expedición

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

LABORATORIOS BAXTER S.A.

36. Nombre comercial

LABORATORIOS BAXTER

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Valle del Cauca

40. Ciudad/Municipio

Cali

0 0 1

41. Dirección principal

CL 36 2 C 22

42. Correo electrónico

Armando_badillo@baxter.com

43. Código postal

2 4 4 6

44. Teléfono

4 4 4 7 0 0 0

45. Teléfono 2

4 4 4 7 2 6 6

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

Actividad secundaria

Otras actividades

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

50. Código

1

2

51. Código

52. Número establecimientos

2 1 0 0

1 9 5 4 0 1 0 1

4 6 4 5

2 0 1 0 0 8 0 2

5

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 3 5 7 8 9 1 0 1 3 1 4 1 5 1 8 1 9 2 6 4 2 4 8 5 2

03- Impuesto al patrimonio

14- Informante de exogena

52- Facturador electrónico

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

15- Autorretenedor

07- Retención en la fuente a título de renta

18- Precios de transferencia

08- Retención timbre nacional

19- Productor de bienes y/o servicios exen

09- Retención en la fuente en el impuesto

26- Declaración individual precios de tran

10- Obligado aduanero

42- Obligado a llevar contabilidad

13- Gran contribuyente

48- Impuesto sobre las ventas - IVA



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

2021 - 01 - 29 / 09 : 26 : 16

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 AGUIRRE TENORIO EDGAR ANDRES

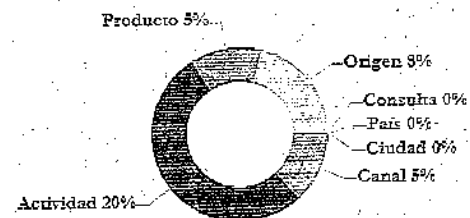
985. Cargo Representante Legal Suplente Certificado

REPORTE

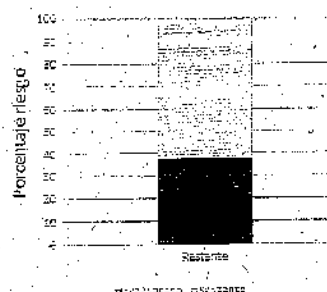
Nombre	Laboratorios baxter s.a.
Número de identificación	890300292-0
Alias	
Fecha de reporte	Lunes 08 de Marzo del 2021, 11:47 am
Estado consulta	No reportado
País	Colombia
Jurisdicción	
Canal	Otros
Origen de recursos	Desarrollo de actividad
Producto	Alto
Lista	No se encontro en ninguna lista
Actividad económica	2100 fabricación de productos farmacéuticos, sustancias químicas medicinales y productos botánicos de uso farmacéutico.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

TIPO DE RELACIÓN	INDICADOR PROVEEDOR	RESULTADO
Consulta	0%	0%
País	5%	0%
Jurisdicción	5%	0%
Canal	5%	5%
Actividad	20%	20%
Producto	5%	5%
Origen de recursos	20%	8%
PERFIL DE RIESGO		38%
		62%



Actividad 20% Origen 8% Producto 5% Canal 5% País 0% Consulta 0% Ciudad 0%



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/webroot/LABORATORIOSBAXTERS.A.xls>