| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO | DÍA: | MES: | AÑO: |
|---|---|---|---|

TODOS LOS CAMPOS DE ESTE DOCUMENTO DEBEN SER DILIGENCIADOS, POR LO ANTERIOR EN AQUELLOS ESPACIOS EN LOS CUALES NO TENGA INFORMACIÓN PARA RELACIONAR, POR FAVOR ESCRIBA NO APLICA (N-A)

| VINCULACIÓN | TIPO DE SOLICITUD |
|---|---|
| PROVEEDOR ☐ TRABAJADOR ☐ CONTRATISTA ☐<br>OTRA:_____ | VINCULACIÓN ☐ RENOVACIÓN ☐ ACTUALIZACIÓN ☐ |

**PERSONA NATURAL** (para las personas jurídicas se diligencia información del Representante Legal)

**INFORMACION GENERAL**

| PRIMER APELLIDO: | SEGUNDO APELLIDO: | NOMBRES: | |
|---|---|---|---|
| **TIPO DE IDENTIFICACION** | **NUMERO** | **EXPEDIDA EN** | **FECHA DE EXPEDICIÓN** |
| CC ☐ CE ☐ | | | |
| **FECHA DE NACIMIENTO** | **LUGAR DE NACIMIENTO** | | **NACIONALIDAD** |
| | | | |
| **DIRECCIÓN DE RESIDENCIA** | **CIUDAD** | **DEPARTAMENTO** | **PAIS** |
| | | | |
| **TELEFONO** | **CELULAR** | | **CORREO ELECTRONICO** |
| | | | |

**TIPO DE ACTIVIDAD**

ESTUDIANTE ☐ AMA DE CASA ☐ ASALARIADO ☐ SOCIO ☐ PENSIONADO ☐ EMPLEADO PUBLICO ☐

INDEPENDIENTE ☐ "CIIUP" _____

| OCUPACIÓN/PROFESIÓN | NOMBRE DE LA EMPRESA | | CARGO QUE DESEMPEÑA |
|---|---|---|---|
| | | | |
| **DIRECCION EMPRESA** | **CIUDAD** | **TELEFONO** | **CORREO ELECTRONICO** |
| | | | |

**POR SU CARGO O ACTIVIDAD**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1.¿Es persona políticamente expuesta? (decreto 1674 de 2016? | SI ☐ NO ☐ | 4. ¿Maneja recursos públicos? | SI ☐ NO ☐ |
| 2. ¿Es representante legal de una organización internacional? | SI ☐ NO ☐ | 5. ¿Existe algún vínculo entre usted y una PPE? | SI ☐ NO ☐ |
| 3. ¿Goza de recocimiento público? | SI ☐ NO ☐ | 6. ¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otros paises? INDIQUE_____ | SI ☐ NO ☐ |

**PERSONA JURÍDICA**

| RAZON SOCIAL | | NIT | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| **DIRECCION OFICINA PRINCIPAL** | **CIUDAD** | **TELEFONO** | **CORREO ELECTRONICO** |
| | | | |
| **DIRECCION SUCURSAL O AGENCIA** | **CIUDAD** | **TELEFONO** | **CORREO ELECTRONICO** |
| | | | |

**TIPO DE EMPRESA**

PUBLICA ☐ PRIVADA ☐ MIXTA ☐ SIN ÁNIMO DE LUCRO ☐ OTRA ¿CUÁL? _____ CÓDIGO CIIU_____




ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE RAMIRIQUÍ Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR COORDINACIÓN DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD

| IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MÁS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIPACIÓN ( EN CASO DE REQUERIR MÁS ESPACIO ANEXAR RELACIÓN DE CONFORMIDAD AL PRESENTE CUADRO) | | |
|---|---|---|
| **RAZÓN SOCIAL O NOMBRE COMPLETO** | **TIPO DE IDENTIFICACIÓN** | **NUMERO** |
| | CC ☐ CE ☐ NIT ☐ | |
| | CC ☐ CE ☐ NIT ☐ | |
| | CC ☐ CE ☐ NIT ☐ | |
| | CC ☐ CE ☐ NIT ☐ | |
| | CC ☐ CE ☐ NIT ☐ | |

| **INFORMACIÓN FINANCIERA** | | | |
|---|---|---|---|
| **BALANCE** | | **INGRESOS Y EGRESOS** | |
| TOTAL DE ACTIVOS | $ _____ | INGRESOS MENSUALES | $ _____ |
| TOTAL PASIVO | $ _____ | EGRESOS MENSUALES | $ _____ |
| TOTAL PATRIMONIO | $ _____ | OTROS INGRESOS MENSUALES | $ _____ |
| CONCEPTO DE OTROS INGRESOS | | | |

| **INFORMACIÓN BANCARIA** | | | |
|---|---|---|---|
| **ENTIDAD** | **SUCURSAL** | **TIPO DE CUENTA** | **NÚMERO DE CUENTA** |
| | | | |

**ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES**

¿REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI ☐ NO ☐ EXPORTACIONES ☐ IMPORTACIONES ☐ INVERSIONES ☐

INVERSIONES ☐ PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXT ☐

OTRA ☐ CUAL _____

| TIPO DE PRODUCTO | IDENTIFICACION | ENTIDAD | MONTO | CIUDAD | PAIS | MONEDA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

**DECLARACIÓN DE ORIGEN DE BIENES Y/O FONDOS, AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y CENTRALES DE INFORMACIÓN**

1.Declaro que la información que he suministrado en este formato es veraz y verificable y que todos los recursos y bienes que poseo los he adquirido de manera licita y provienen de la fuente que continuación describo:

_____

_____

2. Mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del Marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el código Penal Colombiano.
3. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificables y me obligo a actualizarla anualmente.
4. Autorizo a la E.S.E Hospital San Vicente de Ramiriquí, para solicitar, consultar, procesar reportar, divulgar a cualquier entidad con la que mantenga relación comercial vigente o que se encuentre debidamente autorizada para administrar o manejar base de datos incluidas las entidades gubernamentales, la información contenida en ese formulario.
5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinaran a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

**FIRMA Y HUELLA**

DECLARO HABER LEÍDO, COMPRENDIDO Y ACEPTADO LO INDICADO Y EN SEÑAL DE ACEPTACIÓN FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO:

_____

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL/ PROVEEDOR/FUNCIONARIO

HUELLA ÍNDICE DERECHO




ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE RAMIRIQUÍ Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR COORDINACIÓN DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD