HUS Nit. 892280033-1	FORMATO	CODIGO	FO-GP-01
		VERSION	1
		FECHA	29/12/2020
	VINCULACIÓN Y/O ACTUALIZACIÓN DE CONTRAPARTES PERSONAS JURIDICAS	PAGINA	1 de 2

DATOS DE SOLICITUD

FECHA DE SOLICITUD			*TIPO DE SOLICITUD*		*TIPO DE USUARIO*	
dd	mm	aaaa	VINCULACIÓN	ACTUALIZACIÓN	CLIENTE	PROVEEDOR

RAZÓN SOCIAL	SAN PABLO APOSTOL IPS CIA LTDA	IDENTIFICACIÓN	812.006.756-2

DATOS BÁSICOS DE PERSONA JURÍDICA

NÚMERO MATRÍCULA MERCANTIL	FECHA DE CONSTITUCIÓN			CIIU	TIPO DE EMPRESA	
	dd	mm	aaaa		PRIVADA	X
66567	25	FEBRERO	2003	Q8621	PÚBLICA	
CÁMARA DE COMERCIO	OBJETO SOCIAL				MIXTA	
CAMARA DE COMERCIO DE MONTERIA	OBJETO SOCIAL: ADMINISTRACION Y OPERACION DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA, EL DESARROLLO Y CUMPLIMIENTO DE TAL OBJETO PUEDE HACERSE EN SU PROPIO OMBRE O POR CUENTA DE TERCEROS O EN PARTICIPACION O UNION TEMPORAL CON ELLOS; ADMINISTRACION Y PRESTACION DE SERVICIOS DE TELE SALUD, TELE ASISTENCIA Y TELE DUCACION EN CUALQUIERA DE SUS DISCIPLINAS; ADMINISTRACION Y OPERACIÓN DE INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE LOS SECTORES PUBLICO Y/O PRIVADO DE ORMA INTRA Y EXTRA MURAL; ADMINISTRACION Y PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD INTRA Y EXTRA MURAL EN FORMA GENERAL. EN ACTIVIDADES DE PROMOCION, PREVENCION, REHABILITACION Y RECUPERACION DE LA SALUD; ADMINISTRACION Y PRESTACION DE SERVICIOS DOMICILIARIA, EN CUALQUIERA DE LAS RAMAS O PROFESIONES DE LA SALUD; APACITACIONES EN SALUD DE FORMA PRESENCIAL Y VIRTUAL; ATENCION DOMICILIARIA, EN CUALQUIERA DE LAS RAMAS O PROFESIONES DE LA SALUD; ATENCION PRE HOSPITALARIA Y HOSPITALIZACION EN CASA, TRASLADO EN AMBULANCIA BAJO LA MODALIDAD DE EVENTOS; VIGILANCIA Y MONITOREO SATELITAL PARA AMBULANCIAS; INSTALACION Y OPERACION DE MODULOS DE ESTABILIZACION Y CLASIFICACION DE PACIENTES (MEC) A PERSONAS NATURALES Y JURIDICAS DE LOS SECTORES PUBLICO Y/O PRIVADO; DISEÑO, INSTALACION Y ADMINISTRACION DE PLATAFORMAS WEB PARA LA PRESTACION DE TODOS LOS SERVICIOS ANTERIORMENTE DESCRITOS, COMO TAMBIEN EL LICENCIAMIENTO Y COMERCIALIZACION DE LOS SOFTWARE QUE SE DESARROLLEN EN CUMPLIMIENTO DE ESTE OBJETO. EL DESARROLLO Y CUMPLIMIENTO DE TAL OBJETO PUEDE HACERSE EN SU PROPIO NOMBRE O POR CUENTA DE TERCEROS O EN PARTICIPACION O UNION TEMPORAL CON ELLOS; PARA LO CUAL PODRA REALIZAR TODA CLASE DE OPERACIONES CIVILES O COMERCIALES, CONSTITUIR GRAVAMENES, Y CELEBRAR CONTRATOS CON PERSONAS NATURALES Y/O JURIDICAS.				MULTINACIONAL	

TELÉFONOS	3002654366	CIUDAD	CERETE	DIRECCIÓN	CR 15A 3 SUR 371 BRR LAS PALMAS AL LADO DEL ASILO
PAÍS	COLOMBIA	E-MAIL	JUABEMO@HOTMAIL.COM	PÁGINA WEB	SANPABLOAPOSTOLIPS.COM

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE COMPLETO	JULIO ALBERTO	PRIMER APELLIDO	BERROCAL	SEGUNDO APELLIDO	MORENO
TIPO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO:	78.025.221	PAÍS	COLOMBIA
CC / P / CE		FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION	CERETE CORDOBA	CIUDAD	CERETE
X				DEPARTAMENTO	CORDOBA
TELÉFONO		DIRECCIÓN		E-MAIL	JUABEMO@HOTMAIL.COM

SI USTED ES UN PEP(PERSONA EXPUESTA POLITICAMENTE) CONTESTE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN

POR SU ACTIVIDAD O CARGO USTED:	SI	NO	SI RESPONDIÓ AFIRMATIVO A ALGUNAS DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES; POR FAVOR ESPECIFICAR
Maneja recursos públicos		X	
Ejerce algún grado de poder público		X	
Goza de reconocimiento público		X	

COMPOSICIÓN ACCIONARIA

Relacione a continuación los accionistas o asociados que tengan directamente o indirectamente participación en el negocio y que se evidencien en el certificado de existencia y representación legal

NOMBRE/RAZON SOCIAL	TIPO DE DOCUMENTO				NÚMERO
	CC	CE	P	NIT	
Julio Alberto Berrocal Moreno	X				78.025.221
Lewuis Miguel Caro Bello	X				78021400

INFORMACIÓN TRIBUTARIA

NATURALEZA		RÉGIMEN TRIBUTARIO				
PERSONA NATURAL		GRAN CONTRIBUYENTE		RÉGIMEN SIMPLIFICADO		
PERSONA JURÍDICA		RÉGIMEN COMÚN			SI	NO

AUTORRETENEDOR		NUMERO DE RESOLUCIÓN DE AUTORRETENEDOR	FECHA DE RESOLUCIÓN COMO AUTORRETENEDOR		
SI	NO		D	M	A
	X				

TIPO DE CONSTITUCIÓN LEGAL

SOCIEDAD ANÓNIMA	SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA (S.A.S)	SOCIEDAD LIMITADA (LTDA.)	SIN ANIMO DE LUCRO/ONG
		X	

OTRO ¿Cuál?	

INFORMACIÓN FINANCIERA		
AÑO DATOS FINANCIEROS	**INGRESOS/VENTAS ANUALES**	**EGRESOS ANUALES**
2020	$ 6.362.614.986	$ 5.924.757.400
INGRESOS NO OPERATIVOS	**TOTAL INGRESOS ANUALES**	**UTILIDADES ANUALES**
$ -	$ 6.362.614.986	$ 311.618.589
DESCRIPCIÓN DE INGRESOS NO OPERACIONALES		
ACTIVOS	**PASIVOS**	**PATRIMONIO**
$ 3.028.375.996	$ 1.945.346.261	$ 1.083.029.735

HUS	**FORMATO DE VINCULACIÓN Y/O ACTUALIZACIÓN DE CONTRAPARTES** **PERSONAS JURIDICAS**	**CODIGO**	
		VERSION	**1**
		FECHA	**29/12/2020**
		PAGINA	**1 DE 2**

POR FAVOR RELACIONE LOS PRODUCTOS FINANCIEROS QUE TIENE EN COLOMBIA

PRODUCTO FINANCIERO	NÚMERO	ENTIDAD	SUCURSAL	ANTIGÜEDAD
CUENTA CORRIENTE	68181284747	BANCOLOMBIA	CERETE	9 AÑOS

OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA USTED OPERACIONES CON MONEDA EXTRANJERA				INDIQUE CUÁLES:			OTRAS:
SI		NO	X	IMPORTACIONES		EXPORTACIONES	

PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR

INVERSIONES		TRANSFERENCIAS		OTRAS		¿CUÁLES OTRAS?	

TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO DE PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAÍS	MONEDA

SUMINISTRO Y ACTUALIZACION DE INFORMACION

EL CLIENTE ____PROVEEDOR____ CONTRATISTA__X__ se obliga con el **HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SINCELEJO E.S.E** a entregar información veraz y verificable y a actualizar su información personal, comercial y financiera, por lo menos una (1) vez al año, o cada vez que así lo solicite, suministrando la totalidad de los soportes documentales exigidos. El incumplimiento de esta obligación, faculta a **HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SINCELEJO E.S.E** para terminar de manera inmediata y unilateral cualquier tipo de relación o vinculo con el Hospital.

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y/O BIENES

Obrando en propio nombre y/o de la persona jurídica que represento, de manera voluntario y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo l siguiente Declaración de Origen de Fondos al **HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SINCELEJO E.S.E**, con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado al respecto en las normas internas y externas que regulan lo concerniente al Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo, para establecer cualquier tipo de vínculo o relación con el Hospital.

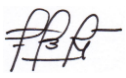
1. Declaro que los recursos que permiten realizar transacciones comerciales con el HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SINCELEJO ESE. tienen origen o provienen de las siguientes fuentes:__DESARROLLO DEL OBJETO SOCIAL _____

2. Declaro que NO he admitido NI admitiré que terceros realicen transacciones a mi nombre, provenientes de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas que estén relacionadas con las mismas.

3. Acepto que el **HOSPITAL UNIVERSISTARIO DE SINCELEJO E.S.E** se reserve el derecho de verificar la veracidad de la información aquí consignada y el del trámite o aceptación de cualquier transacción por mí (nosotros) planteada. Si llegase a existir cualquier inconsistencia en la información que he (hemos) suministrado, **el HOSPITAL UNIVERSIATRIO DE SINCELEJO E.S.E** no estará obligado a concluir la solicitud o transacción ni a manifestar las razones de su negación.

Igualmente me (nos) comprometo (emos) a actualizar cualquier tipo de modificación a la información registrada en este formato.

En caso de diligenciamiento electrónico:
Declaro de haber leído, entendido, aceptado y autorizado lo estipulado en este documento (con firma y huella), la información suministrada es exacta y correcta.

NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL	**JULIO ALBERTO BERROCAL MORENO**	HUELLA
IDENTIFICACIÓN	**78.025.221**	
FIRMA		

DOCUMENTACIÓN ANEXA PARA PERSONAS JURÍDICAS: *Se anexarán declaración de bienes y rentas , y los documentos que se estipulen en el proceso correspondiente, de acuerdo al tipo de relación o vínculo con la institución.*

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR LA INSTITUCION

Resultado de verificación de datos:

NOMBRE COMPLETO DE QUIEN VERIFICÓ:		**FECHA :**	**HORA:**
IDENTIFICACIÓN			