

5. PERSONAS PEP's

Por su cargo maneja recursos Publicos? SI NO

¿Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público general? SI NO

¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta? SI NO Indique

¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países? SI NO Indique

¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? SI NO

6. DECLARACION DE ORIGEN DE FONDOS Y AUTORIZACION CONSULTA CENTRALES DE RIESGO

Declaro Expresamente que:

1. Los recursos que Poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupacion, oficio, actividad, negocio, etc)

2. Tanto mi actividad, profesion u oficio es licita y la ejerzo dentro del Marco Legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilicitas de las contempladas en el Codigo Penal Colombiano.

3. La informacion que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.

4. De manera irrevocable autorizo al HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES, para solicitar, consultar, procesar, suministrar, reportar o divulgar a cualquier entidad con la que mantenga relación comercial vigente ó que se encuentre debidamente autorizada para administrar o manejar base de datos, incluidas las entidades gubernamentales, la informacion contenida en este formulario.

5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinaran a la financiacion del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas

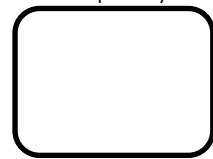
7. INFORMACION BANCARIA

ENTIDAD	SUCURSAL Y TELEFONO	TIPO DE CUENTA	CUENTA NUMERO

8. FIRMA Y HUELLA

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el siguiente documento:

Firma Representante Legal del proveedor ó Empleado



Huella

9. INFORMACION ENTREVISTA

10. VERIFICACION DE LA INFORMACION

Lugar de la entrevista				Fecha de Verificacion	
Fecha de entrevista				Hora	
	DIA	MES	AÑO		
Hora					
Nombre del funcionario responsable				Nombre y Cargo de quien verifico	
Firma Funcionario Responsable				Firma	
Resultado de la Entrevista				Resultado de la verificacion	

“ATENCIÓN HUMANIZADA, ES ATENCIÓN DE CALIDAD”

Calle 4 No. 5-45 Barrio El Camellon Miraflores, Boyacá

Email: contactenos@hospitalmiraflores.gov.co

Telefono: (8) 7330131 Celular: 3208530877