HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: SOLICITUD DE VINCULACIÓN	CÓDIGO: GB-DIGE-MN-01-FT-01
GSED	DIRECCION - OFICIAL DE CUMPLIMIENTO	FECHA EMISIÓN: 10-07-2019
	PROCEDIMIENTO: CONOCIMIENTO DEL CLIENTE	VERSIÓN: 01
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PÁGINA: 1 de 8

Este formato hace parte integral del contrato o convenio suscrito con la entidad y debe ser diligenciado de acuerdo con el instructivo.

Fecha de diligenciamiento: 2024 / 11 / 12

Tipo de solicitud

Tipo de persona			Tipo de Vinculación					Tipo de solicitud	
Jurídica	X		Usuarios Part		Estudiante T			Creación	
Natural			Contratista		Militar en Comisión			Actualización	X
			Funcionarios		Proveedores	X			
			RPE		Estudiante TG				
			RSE		Estudiante PFTHS				
			Interno		Otro		Cuál ?_____		

1. INFORMACIÓN BÁSICA

Tipo de identificación: NIT X | C.C. | C.E. | PA | T.I. | NUIP | DNI | Otro — Cuál ? _____

Número de identificación: 900839128-0 **D.V.:**

Lugar de expedición: Bogota **Fecha de expedición:** AAAA MM DD **Género:** Hombre / Mujer

Razón social / Nombres y apellidos completos: LIVANOVA COLOMBIA SAS **Sigla:**

Fecha de constitución / Fecha de nacimiento			Ciudad de constitución / nacimiento	Depto. de constitución / nacimiento	País de constitución / nacimiento
AAAA	MM	DD	Bogota	Cundinamarca	Colombia

Correo electrónico: www.livanova.com

Dirección de domicilio principal	Ciudad	Departamento	País
Calle 127a #53a-45	Bogota	Cundinamarca	Colombia

Número teléfono fijo	Número teléfono celular	Fax
5169284	317 3685708	

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA

Si es persona Jurídica diligencie los numerales 2.1 al 2.3 y 2.5, si es persona natural diligencie numeral 2.4 y 2.5

2.1 Clasificación Industrial Internacional Uniforme - CIIU

Código CIIU: 4659 **Descripción de la actividad económica principal:** mportacion y comercializacion de equipos y dispositivos medicos linea cardiovascular y neuromodulacio **Número de empleados:** 12

2.2 Datos persona jurídica

Tipo de empresa: Pública | Privada X | Mixta | Otra _____ — **Para entidad Pública indicar tipo de Orden:** Nacional | Departamental | Municipal | Distrital

Tipo de sociedad o asociación: Limitada | Anónima | Unipersonal | Comandita simple | Comandita por Acciones | Acciones simplificada X | Consorcio | Unión Temporal

Otra | Cuál ?

2.3 Composición accionaria

(Se deben incluir sólo los accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente mas del 5% de capital social, aporte o participación). En caso de uniones temporales o consorcios, señale la identificación de los consorciados o participes en la unión.

	Numero de identificación	Tipo	Nombres y apellidos completos	% Part.
1	31509		SORIN GROUP ITALIA SRL	100%
2				
3				
4				
5				
6				

2.4 Datos persona natural

Nivel de estudios: Primaria ☐ Secundaria ☐ Técnico ☐ Ninguno ☐ Tecnológo ☐ Universitario ☐ Postgrado ☐ Otro ☐ Cuál ?_____

Profesión _____

Ocupación / oficio principal: Empleado público ☐ Empleado - socio ☐ Pensionado ☐ Independiente ☐ Empleado privado ☐ Estudiante ☐ Rentista de capital ☐ Otro ☐ Cúal ? _____

Código CIIU		Descripción de la actividad económica principal	

Nombre de la empresa donde trabaja	Cargo que ocupa	Dirección de la empresa o negocio

Ciudad	Departamento	País	Teléfono	Fax

2.5 Información complementaria de la persona natural o jurídica con respecto a

¿Es funcionario público?	SI	NO	¿Maneja recursos públicos?	SI	NO	¿Goza de reconocimiento público? (artista, deportista, ect)	SI	NO
En su cargo actual, sus decisiones impactan la sociedad o la politica?	SI	NO	¿Hace parte de las Ramas del Poder Público?	SI	NO	En los últimos dos años ha manejado Recursos Públicos?	SI	NO

3. REPRESENTANTE LEGAL Ó APODERADO

En caso de personas jurídicas serán los datos del representante legal y para personas extranjeras sin sucursal serán los datos del apoderado.

Relación con el titular				Tipo de identificación								Número de identificación
Representante legal	X	Apoderado		NIT	CX.C.	C.E.	PA	T.I.	NUIP	DNI	Otro	98564975

Cuál? _____

Nombres y apellidos completos

JOSE SANTIAGO CAÑAS URIBE

Fecha de nacimiento			Ciudad de nacimiento	Departamento de nacimiento	País de nacimiento
27	07	1973	Medellin	Antioquia	Colombia

Cargo que ocupa	Correo electrónico
GERENTE GENERAL LIVANOVA COLOMBIA SAS	ext-zully.alviz@livanova.com

Dirección de domicilio principal	Ciudad	Departamento	País
Calle 127A No 53A-45 – Torre 3 Oficina 3001	Bogota	Cundinamarca	Colombia

Número teléfono fijo	Número teléfono celular	Fax
5169284	3173685708	

4. INFORMACIÓN FINANCIERA

4.1 Información financiera, cifras expresadas en pesos

Con corte a: 2023 | 12 | 31

Ingresos mensuales	$ 2.884.426.000	Total activos	$ 40.112.208.000
Otros ingresos	$ 414.6.91.000	Total pasivos	$ 23.729.102.000
Egresos mensuales	$ 1.091.490.790	Patrimonio (activos - pasivos)	$ 16.383.106.000
Concepto otros ingresos	DIFERNCIAS ENTRE PROVISON DE RENTAS		

4.2 Actividades en moneda extranjera

Si realiza actividades en moneda extranjera, indique

Tipo de producto							
Importaciones	X	Compra de divisas		Giros			
Exportaciones		Venta de divisas		Pago de servicios	X		
Inversiones		Préstamos		Otro			

Cuál? _____

Entidad	BBVA						
Moneda	PESOS	Monto promedio mensual de operaciones $	200000	Ciudad	BOGOTA	Pais	COLOMBIA

5. INFORMACIÓN TRIBUTARIA

En relación con el tipo de vinculación, seleccione e ingrese la información tributaria

5.1 Impuesto a la renta

Contribuyente	SX	NO	Declarante de:	Impuesto de Renta	SIX	NO	Ingresos y Patrimonio	SI	NO	Régimen especial	SI	NO

Residente en Colombia	SIX	NO	Es Beneficiario de Renta de la Ley 1429 de 2010	SI XI	NO

Régimen:

Autorretenedor		Excento	X	No aplica	

En caso de seleccionar la opción "No aplica", indique la razón:

5.2 Impuesto al valor agregado -IVA

Servicios prestados y/o bienes suministrados son gravados	SIX	NO	Responsable IVA	SIX	NO	Régimen	Común	X	Simplificado	

Aplicación del impuesto

Servicios y/o bienes exentos		Servicios y/o bienes excluidos		Gran contribuyente		Agente retención IVA	

5.3 Impuesto de industria y comercio, avisos y tableros - ICA

¿La actividad (ventas/servicio), está sujeta?	SI	NO	¿Es servicio de intermediación en Bogotá?	SI	NO

¿El servicio es prestado en:? (Indicar el departamento, la ciudad o municipio)

¿El contrato es de compraventa?	SI	NO	En caso afirmativo, indique: ¿Tiene sede fabril fuera de Bogotá?	SI	X	NO

Código CIIU	Tarifa (por mil)
4659	11.04

Código CIIU	Tarifa (por mil)

6. INFORMACIÓN PARA PAGO

Relacione los datos de la cuenta bancaria de la persona natural o jurídica que se vincula, en la que se realizarán los pagos.

6.1 Para pagos corrientes

Nombre entidad financiera BBVA

Tipo de cuenta bancaria:	Ahorros		Número	0	8	3	3	0	2	5	7	8	6								
	Corriente	X																			

7. DECLARACIÓN DE ORIGEN Y DESTINO DE BIENES Y FONDOS

Obrando en nombre propio de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de fuente de bienes y fondos con el propósito dar cumplimiento a lo señalado por la Superintendencia Financiera, el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, Ley 1474 de 2011 Estatuto Anticorrupción, circular 09 de 2016 de Supersalud y demás normas legales concordantes para prevención del lavado de activos.

1. Los bienes y recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad, negocios, etc.)

2. Declaro que mis bienes y recursos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.

3. Me comprometo a no realizar directamente, por cuenta o a través de terceros actividades ilícitas contempladas en el código penal colombiano o en cualquier norma que modifique o adicione, ni a efectuar operaciones que faciliten o se destinen a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas.

4. Declaro que la información suministrada corresponde a la realidad, que la información que adjunto es veraz y puede ser verificada por cualquier medio desde ahora y mientras subsita una relación contractual o legal con HOMIL.

5. Autorizo a la entidad para tomar las medidas correspondientes, en caso de detectar cualquier inconsistencia en la información consignada en este formulario, eximiendo a la entidad de toda responsabilidad que se derive de ello.

6. Me obligo con la entidad a mantener actualizada la información suministrada mediante el presente formulario para lo cual me comprometo a reportar por lo menos una vez al año los cambios que se hayan generado respecto de la información aquí contenida, de acuerdo con los procedimientos que para tal efecto tenga dispuestos la entidad.

8. AUTORIZACIÓN CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE INFORMACIÓN

Autorizo de manera permanente e irrevocable a HOMIL o a quien represente sus derechos para que con fines estadísticos, de control, supervisión y de información comercial a otras entidades, procese, reporte, conserve, consulte, suministre o actualice cualquier información de carácter financiero y comercial desde el momento de la vinculación contractual a las centrales de información o bases de datos debidamente constituidas que estime conveniente, en los términos y durante el tiempo que los sistemas de bases de datos, las normas y las autoridades lo establezcan.

La consecuencia de esta autorización será la inclusión de mis datos en las mencionadas bases de datos y por tanto las entidades del sector financiero o de cualquier otro dato personal o económico que estime pertinente.

9. AVISO DE PRIVACIDAD PARA RECOLECCIÓN DE DATOS PERSONALES

En mi calidad de titular de información personal, actuando libre y voluntariamente, al diligenciar los datos aquí solicitados, autorizo al Hospital MIlitar Central, HOMIL, para que de forma directa o a través de terceros realice el tratamiento de mi información personal, el cual consiste en recolectar, almacenar, usar, transferir y administrar mis datos personales, para la vinculación con la entidad.

Entiendo que las políticas para el tratamiento de mi información personal, así como el procedimiento para elevar cualquier solicitud, queja o reclamo, podrán ser consultados en el sitio www.HOMIL.gov.co.

De manera expresa manifiesto que conozco, entiendo y he sido informado de mis derechos como titular de datos personales frente a i) conocer, actualizar y rectificar los datos personales, ii) solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, iii) ser informado por HOMIL, previa solicitud, respecto del uso que le ha dado a los datos personales, iv) presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio por infracciones a la ley, v) revocar la autorización y/o solicitar la supresión del(los) dato(s) en los casos en que sea procedente, y vi) acceder en forma gratuita a los mismos. Lo anterior, de conformidad con el Artículo 15 de la Constitución Nacional, la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.

10. DECLARACIÓN FATCA

Obligado a Tributar en Estados Unidos — SI: | NO: X

Número de identificación tributaria Estadounidense "TIN":

Declaro que:

	SI	NO
1. He permanecido más de 183 días en el último año, o 183 días durante los últimos 3 años, dentro del territorio de los Estados Unidos.		X
2. Soy poseedor de la tarjeta de residencia "Green Card"		X
3. Recibo cualquier pago de intereses, dividendos, rentas, salarios, honorarios, primas, anualidades, compensaciones, remuneraciones, emolumentos y otras ganancias fijas u ocasionales e ingresos (FDAP*), proviene de fuente de riqueza ubicada en los Estados Unidos.		X
4. Recibo cualquier ingreso bruto procedente de la venta u otra disposición de cualquier propiedad que produce intereses o dividendos de fuente de los Estados Unidos.		X

* Cualquier ingreso fijo o determinable, anual o periódico

11. FIRMA

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, firmo el presente documento

Nombre: JOSE SANTIAGO CAÑAS URIBE

Número de documento de Identificación: 98564975

DocuSigned by: Santiago Cañas Uribe 33A5B630D1254C4...

2024	11	12

Fecha de firma | **Firma**



12. INFORMACION A SER DILIGENCIADA POR HOMIL

	Entidad	Convenio	Contrato	Fecha de suscripción		
Convenio / Contrato				AAAA	MM	DD

Información a Confirmar	Resultado	Nombre y firma de quien realiza la	Fecha de Confirmación/V	Observaciones
Información básica de la persona natural o jurídica				
Actividad Económica				
Representante legal o apoderado				
Información Financiera				
Información Tributaria				
Información para desembolso				
Declaración origen y destino de fondos				
Firma				

NOTA: La documentación o información que no pueda ser verficada, sea inconsistente o presenta adulteraciones, será considerada como inusual y debe ser reportada al Oficial de Cumplimiento mediante el procedimiento establecido, por HOMIL, para tal fin.

13. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Se deberá anexar como minímo la siguiente documentación, sin perjuicio de la demás solicitada de acuerdo con la modalidad de selección:

1. Cuando se trate de un proceso de contratación, bajo una modalidad de selección diferente a contratación directa se adjuntaran además de los requeridos en las reglas de participación o terminos de referencia, los señalados en los numerales 2, 3, 4, 5, 7, 12. **Nota:** En caso de haber aportado esta documentación para la presentación de la oferta no deberán adjuntarse nuevamente.
2. Cuando se trate de contratación directa se adjuntaran los señalados en los numerales 1 al 14 según corresponda a persona natural o jurídica.

Calle 127a #53a-45 Tl

3. Si usted es potencial cliente de HOMIL, deberá adjuntar los señalados en los numerales 2, 3, 4, 5

			PN	PJ
1		Formato de Hoja de Vida (para persona natural será la del SIGEP y para persona juridica la definida por el Departamento Administrativo de la Funciòn Publica, DAFP)	X	X
2		RUT	X	X
3		Certificado de existencia y representación legal expedido por la cámara de comercio o entidad competente (No mayor a 30 días)		X
4		Estados Financieros (último corte anual): Balance General y Estado de Resultados, firmados por el Representante Legal y/o Revisor Fiscal según corresponda.		X
5		Fotocopia del documento de identificación (incluir el del representante legal)	X	
6		Fotocopia Libreta militar (Cuando aplica)	X	
7		Certificaciones que demuestren la experiencia	X	X
8		Fotocopia Tarjeta profesional	X	
9		Certificado de vigencia y antecedentes disciplinarios de la profesión	X	
10		Certificación de estudios (de acuerdo con lo relacionado en la Hoja de Vida)	X	
11		Fotocopia afiliación como cotizante al Sistema General de Seguridad Social en Salud y Pensión y/o planillas de pago (para persona jurídica la certificación deberá incluir el pago de parafiscales y deberá estar firmada por el Revisor Fiscal)	X	X
12		Certificación Bancaria (con vigencia no mayor a 30 días), de la cuenta donde HOMIL depositará los recursos del pago.	X	X
13		Formato de Declaración de Bienes y Rentas (SIGEP)	X	
14		Certificado médico ocupacional vigente (Para contratos de prestación de servicios)	X	

Documentos aportados por HOMIL

15		Certificado de Antecedentes Judiciales - Policia (para persona jurídica será el del representante legal)	X	
16		Certificado de Antecedentes Disciplinarios - Procuraduria (incluir el del representante legal.	X	X
17		Boletín de Responsables Fiscales - Contraloria (incluir el del representante legal)	X	X
18		Consulta OFAC - ONU	X	X

INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAR FORMULARIO
POR FAVOR LEA COMPLETAMENTE LAS INSTRUCCIONES ANTES DE INICIAR A DILIGENCIAR EL FORMATO

1. INFORMACIÓN BÁSICA:

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: registre la fecha en que se diligencia el formulario, señalando año, mes, día.

TIPO DE PERSONA: señale (natural o jurídica), según corresponda.

TIPO DE VINCULACIÓN: marque la opción, dependiendo del tipo de vinculación que va a tener con HOMIL. Si señalo **"otro"**, especifique cuál:

1. **Usuarios Part.:** Particulares o Afiliados que pagan Serviicos con sus propios recursos
2. **Contratista:** Persona vinculada a HOMIL mediante contrato de prestado de servicios
3. **Funcionario:** Persona vinculada a HOMIL mediante Contrato laboral, es decir, empleado de planta
4. **RPE:** Residente de primera especialización.
5. **RSE:** Residente de Segunda Especialización (Fellow)
6. **Interno:** Estudiante Ultimo Año de Medicina
7. **Estudiante T.:** Estudiante Técnico
8. **Militar en Comisión:** Militar en Comisión de servicios, asignado al Hospital Militar Central
9. **Proveedores:** Persona Natural o Jurídica con quien el HOMIL firma contrato o convenio para proveer un bien o servicio
10. **Estudiante TG:** Estudiante Tecnólogo
11. **Estudiante PFTHS**: Estudiante en Practica Formativa del Talento Humano en Salud

TIPO DE SOLICITUD: Marque **Creación** si es primera vez o **Actualización**, según corresponda.

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: marque, (**NIT**) para número de identificación tributaria, (**C.C.**) cédula de ciudadanía, (**C.E**) cédula de extranjería, (**PA**) pasaporte, (**TI**) tarjeta de identidad, (**NUIP**) número único de identificación personal, (**DNI**) documento nacional de identidad, (**Otro**), según corresponda para persona natural o jurídica. Si señalo "otro", especifique cuál.

NUMERO DE IDENTIFICACIÓN: escriba el número tal como aparece en el documento o RUT, según sea el caso, sin puntos ni espacios.

DÍGITO DE VERIFICACIÓN: cuando se trate de persona jurídica, escriba el digito de verificación registrado en el respectivo documento.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN: señale tal como aparece en el documento de identificación, en el RUT y/o Certificado de existencia y representación legal.

GÉNERO: Marque **(H)** hombre o **(M)** mujer, según corresponda.

RAZÓN SOCIAL/NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Se debe consignar la razón social o los nombres y apellidos de quien suscribió el convenio/contrato con HOMIL. Para persona jurídica escriba la razón social (sin abreviaturas),

SIGLA: Registre la sigla que identifica a la persona jurídica.

FECHA DE CONSTITUCIÓN/NACIMIENTO (AAAA/MM/DD): Para persona jurídica, registre la fecha de constitución de acuerdo con la registrada en el Certificado de Existencia y Representación legal, escritura de constitución o documento equivalente. Para persona natural, registre la fecha de nacimiento tal como aparece en el documento de identificación.

CIUDAD Y DEPARTAMENTO DE CONSTITUCIÓN/NACIMIENTO: Para persona jurídica, registre la ciudad y el departamento de constitución de acuerdo con la registrada en el Certificado de Existencia y Representación legal, escritura de constitución o documento equivalente. Para persona natural, registre la ciudad de nacimiento tal como aparece en el documento de identificación.

PAÍS DE CONSTITUCIÓN / NACIMIENTO: Para persona jurídica, registre el país de constitución de acuerdo con la registrada en el Certificado de Existencia y Representación legal, escritura de constitución o documento equivalente. Para persona natural, registre el país de nacimiento tal como aparece en el documento de identificación.

Calles 17 Carrera 3-01 Torre 3 Oficina

CORREO ELECTRÓNICO: La dirección de correo electrónico no debe contener espacios en blanco ni puntos o signos que no correspondan. En caso de no contar con esta información, escribir NO INFORMA.

DIRECCIÓN DE DOMICILIO PRINCIPAL: Para persona jurídica, diligenciar la dirección de la sede principal de la empresa, en forma clara y sin abreviaturas. (Ej: Calle 78 # 7-19 Oficina 1003). Para persona natural, diligenciar la dirección de residencia.

CIUDAD Y DEPARTAMENTO DE DOMICILIO PRINCIPAL: Para persona jurídica, escribir el nombre de la ciudad y el departamento, en la que se encuentra ubicada la sede principal de la empresa. Para persona natural, escribir la ciudad y el departamento de residencia.

NÚMERO TELÉFONO FIJO: Número del teléfono correspondiente a la dirección informada, especificando indicativo y número de extensión, si aplica. Registra el número sin rayas ni puntos.

NÚMERO TELÉFONO CELULAR: Registre el número del teléfono celular, sin rayas ni puntos.

FAX: Número de fax correspondiente a la dirección informada. En caso de no contar con información, escribir **NO INFORMA.**

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA

Si es persona **jurídica** diligencie los numeral **2.1 al 2.3 y 2.5**. Si es persona **natural** diligencie numeral **2.4 y 2.5**

2.1 Clasificación Industrial Internacional Uniforme – CIIU

CÓDIGO CIIU: Registre el código CIIU que le corresponde de acuerdo con la actividad económica desarrollada y que aparece registrada en el RUT.

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA: Describir de manera general, la actividad que se describe en el código CIIU señalado en la casilla anterior.

NÚMERO DE EMPLEADOS: Registre el número de empleados o contratistas con que cuenta actualmente.

2.2 Datos de persona jurídica:

TIPO DE EMPRESA: De acuerdo con la naturaleza jurídica bajo la cual fue creada (Pública, Privada, Mixta, otra). Si señalo "otra", especifique cuál.

TIPO DE ORDEN: Para entidad Pública, indicar el tipo de orden (Nacional, Departamental, Municipal, Distrital)

TIPO DE SOCIEDAD O ASOCIACIÓN: Seleccione la casilla de acuerdo con el tipo de sociedad, según corresponda (limitada, anónima, unipersonal, comandita simple, comandita por acciones, por acciones simplificada, consorcio, unión temporal, otra). Si señalo "otra", especifique cuál.

2.3 Composición accionaria

Se deben incluir sólo los accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente más del 5% del capital social, aporte o participación. Se registrará el número y tipo de identificación, el nombre y apellidos completos del accionista y el porcentaje de participación en la sociedad.

Para uniones temporales o consorcios se deberá registrar el tipo y número de identificación, el nombre completo y el porcentaje de participación de los consorciados o participes en la unión.

En caso de ser imposible el recaudo de los datos, debe quedar expresamente consignada en el formulario, la razón por la cual el campo no se diligencia.

Cuando se trate de entidades sin ánimo de lucro, propiedades horizontales, cooperativas o asociaciones, se debe confirmar la existencia o no de asociados que tengan más del 5% del capital social, en caso negativo se debe dejar constancia escrita de esta circunstancia.

2.4 Datos persona natural

NIVEL DE ESTUDIOS: Señale el nivel de estudios según corresponda (primaria, secundaria, técnico, tecnológo, universitario, postgrado, ninguno, otro). Si señalo "otro", especifique cuál.

PROFESIÓN: De acuerdo con su título profesional o experiencia.

OCUPACIÓN/OFICIO PRINCIPAL: Debe estar relacionada con la actividad económica (empleado público, empleado privado, empleado - socio, estudiante, pensionado, rentista de capital, independiente, otro). Si señalo "otro", especifique cuál.

CÓDIGO CIIU: Registre el código CIIU que le corresponde de acuerdo con la actividad económica desarrollada y que aparece registrada en el RUT.

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA: Describir de manera general, la actividad que se describe en el código CIIU señalado en la casilla anterior.

NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA: Si tiene vínculo laboral o contractual, suministre los datos de la empresa; de lo contrario, debe aclarar si su actividad es **independiente** y suministrar la información correspondiente al lugar donde realiza su actividad económica. Si es desempleado, por favor escriba "Desempleado"

CARGO QUE OCUPA: Registre el cargo que ocupa dentro de la empresa.

DIRECCIÓNDE LA EMPRESA O NEGOCIO: Registre la dirección de la sede de la empresa, donde trabaja.

CIUDAD Y DEPARTAMENTO: Registre la ciudad y el departamento donde se encuentra ubicada la empresa.

TELÉFONO: Número del teléfono correspondiente a la dirección informada, especificando indicativo y número de extensión, si aplica.

FAX: Número de fax correspondiente a la dirección informada. En caso de no contar con información, escribir **NO INFORMA.**

2.5 Información complementaria de la persona natural o jurídica con respecto a:

¿ES FUNCIONARIO PÚBLICO?: Registre según corresponda (**SI - NO**)

¿MANEJA RECURSOS PÚBLICOS?: Registre según corresponda (**SI – NO**).

¿GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO (artista, deportista, etc)?: Registre según corresponda (**SI – NO**).

¿EN SU CARGO ACTUAL, SUS DECISIONES IMPACTAN LA SOCIEDAD O LA POLITICA?: Registre según corresponda (**SI – NO**).

¿HACE PARTE DE LAS RAMAS DEL PODER PÚBLICO?: Registre según corresponda (**SI – NO**).

¿EN LOS ULTIMOS DOS AÑOS HA MANEJADO RECURSOS P'UBLICOS? Registre según corresponda (**SI – NO**).

3. REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

En caso de personas jurídicas serán los datos del representante legal y para personas extranjeras sin sucursal serán los datos del apoderado.

RELACIÓN CON EL TITULAR: Escoja la opción según corresponda (representante legal o apoderado).

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: Señale el tipo de identificación del representante legal o apoderado segun corresponda, (**NIT**) para número de identificación tributaria, (**C.C.**) cédula de ciudadanía, (**C.E**) cédula de extranjería, (**PA**) pasaporte, (**TI**) tarjeta de identidad, (**NUIP**) número único de identificación personal, (**DNI**) documento nacional de identidad, (**Otro**), según corresponda para persona natural o jurídica. Si señalo "**otro**", especifique cuál.

NUMERO DE IDENTIFICACIÓN: escriba el número tal como aparece en el documento, sin puntos ni espacios.

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: se registrará los nombres y apellidos tal como aparecen en el documento de identificación.

FECHA DE NACIMIENTO: Señale, año, mes, día, tal como aparece en el documento de identificación.

CIUDAD, DEPARTAMENTO Y PAÍS DE NACIMIENTO: Señale tal como aparece en el documento de identificación.

CARGO QUE OCUPA: Registre el cargo que ocupa dentro de la empresa.

CORREO ELECTRÓNICO: La dirección de correo electrónico no debe contener espacios en blanco, ni puntos o signos que no correspondan. En caso de no contar con esta información, escribir **NO INFORMA**.

DIRECCIÓN DE DOMICILIO PRINCIPAL: Diligenciar la dirección de residencia, en forma clara y sin abreviaturas. (Ej: Calle 82 # 25-87 Oficina 209).

Calle 127a #53a-45Hospital de Oficina 3001

CIUDAD Y DEPARTAMENTO DE DOMICILIO PRINCIPAL: Escribir la ciudad y departamento de residencia.

NÚMERO TELÉFONO FIJO: Número del teléfono correspondiente a la dirección informada, especificando indicativo y número de extensión, si aplica.

NÚMERO TELÉFONO CELULAR: Registre el número del teléfono celular.

FAX: Número de fax correspondiente a la dirección informada. En caso de no contar con información, escribir **NO INFORMA.**

4. INFORMACIÓN FINANCIERA

4.1 Información financiera, cifras expresas en pesos.

INGRESOS MENSUALES: Para persona jurídica, ésta información corresponde a los datos generados al último cierre contable. Para persona natural, realice el cálculo aproximado de los ingresos generados durante el último año. Registre la información en pesos. En caso de no contar con algunos de estos datos, debe diligenciar en cero (0).

OTROS INGRESOS: Registre el valor de ingresos adicionales. Registre la información en pesos. En caso de no contar con esta información, debe diligenciar en cero (0).

CONCEPTO OTROS INGRESOS: Suministre el concepto de la actividad económica que los genera.

EGRESOS MENSUALES: Para persona jurídica, ésta información corresponde a los datos generados al último cierre contable. Para persona natural, realice el cálculo aproximado de los egresos generados durante el último año. En caso de no contar con información, debe diligenciar en cero (0).

TOTAL ACTIVOS: (Valor total de los bienes o posesiones que tiene a su nombre). Para persona jurídica, ésta información corresponde a los datos generados al último cierre contable. Para persona natural, realice el cálculo aproximado del valor de activos al corte del último año. En caso de no contar con información, debe diligenciar en cero (0).

TOTAL PASIVOS: (Valor total de las obligaciones que tiene a su nombre). Para persona jurídica, ésta información corresponde a los datos generados al último cierre contable. Para persona natural, realice el cálculo aproximado de los pasivos generados durante el último año. En caso de no contar con información, debe diligenciar en cero (0).

PATRIMONIO (ACTIVOS-PASIVOS): Registre el valor resultante de la diferencia entre los activos menos los pasivos.

4.2 Actividades en moneda extranjera

Si realiza actividades en moneda extranjera, indique:

TIPO DE PRODUCTO: Identifique el tipo de actividad que realiza. (Ej. Importaciones, exportaciones, inversiones, compra y/o venta de divisas, prestamos, giros y/o pagos de servicios, otro). Si posee cuentas en moneda extranjera, deberá escribir el número del producto.

ENTIDAD: Señale la entidad donde tiene registrados los productos mencionados anteriormente.

MONEDA: Selecciones el tipo de moneda empleada.

MONTO PROMEDIO MENSUAL DE OPERACIONES: Indique el promedio mensual de las transacciones realizadas de acuerdo con el producto registrado.

CIUDAD Y PAÍS: Registre la ciudad y país de origen y/o destino de las divisas.

5. INFORMACION TRIBUTARIA

En relación con el titular de la solicitud, seleccione e ingrese la información tributaria.

5.1 Impuesto a la renta

CONTRIBUYENTE: Seleccione la casilla (**SI - NO**) según corresponda.
DECLARANTE DE : Seleccione la casilla (**SI - NO**) según corresponda. Impuesto de Renta - Ingresos y Patrimonio - Régimen Especial
RESIDENTE EN COLOMBIA: Seleccione la casilla (**SI - NO**) según corresponda.
ES BENEFICIARIO DE RENTA DE LA LEY 1429 DE 2010: Seleccione la casilla (**SI - NO**) según corresponda.
RÉGIMEN: Seleccione (autorretenedor, exento, no aplica), según corresponda.
En caso de seleccionar la opción "**No aplica**", indique la razón:

5.2 Impuesto al valor agregado – IVA

SERVICIOS PRESTADOS Y/O BIENES SUMINISTRADOS SON GRAVADOS: Seleccione (**SI - NO**), según corresponda.
RESPONSABLE IVA: Seleccione (**SI - NO**), según corresponda.
RÉGIMEN: Seleccione (común o simplificado), según corresponda.
APLICACIÓN DEL IMPUESTO: Seleccione (servicios y/o bienes exentos, servicios y/o bienes excluidos, gran contribuyente, agente retención de IVA), según corresponda.

5.3 Impuesta de industria y comercio, avisos y tableros – ICA

¿La actividad (ventas/servicio), **está sujeta?**: Señale (**SI - NO**), según corresponda.
¿Es servicio de intermediación en Bogotá?: Señale (**SI - NO**), según corresponda.
¿El servicio es prestado en?: Indicar el departamento, la ciudad o municipio donde se presta el servicio.
¿El contrato es de compraventa?: Señale (**SI - NO**), según corresponda.
En caso afirmativo, a la primera pregunta, indique: ¿Tiene sede fabril fuera de Bogotá? (**SI - NO**)
CÓDIGO CIIU: Señale el código **CIIU**, según corresponda.
TARIFA (POR MIL): Señale la tarifa correspondiente.

6. INFORMACIÓN PARA PAGO

Relacione los datos de la cuenta bancaria de la persona natural o jurídica que adquirió la obligación contractual.

6.1 Para pagos corrientes (Relacione los datos de la cuenta bancaria en la que se realizarán los pagos)

NOMBRE ENTIDAD FINANCIERA: Indique el nombre de la entidad financiera donde tiene registrada la cuenta bancaria.
TIPO DE CUENTA BANCARIA: Señale (corriente o ahorros), según corresponda.
NÚMERO: Escriba en forma clara todos los dígitos de la cuenta bancaria.
¿Desea recibir mensaje de texto de confirmación de pago?: Señale (**SI - NO**), según corresponda.

7. DECLARACIÓN DE ORIGEN Y DESTINO DE BIENES Y FONDOS

Registre en el numeral 1 la fuente de origen de los bienes y recursos de la actividad económica principal.

8, AUTORIZACIÓN CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE INFORMACIÓN

Por favor lea detenidamente este espacio y asegurese de comprenderlo plenamente.

9. AVISO DE PRIVACIDAD PARA RECOLECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Por favor lea detenidamente este espacio y asegurese de comprenderlo plenamente.

10. DECLARACIÓN FATCA

Este campo debe ser diligenciado por quienes tengan la calidad de ciudadano o residente Estadounidense

OBLIGADO A TRIBUTAR EN ESTADOS UNIDOS:: Señale (**SI - NO**), según corresponda.
Número de identificación tributaria estadounidense "TIN": Registre el número de Identificación Tributaria Estadounidense
CONDICIÓN DE CIUDADANO ESTADOUNIDENSE: Para establecer la condición de ciudadano norteamericano diligencia (**SI - NO**) según corresponda.

11. FIRMA

NOMBRE: Para persona natural, registre el nombre completo tal como lo señaló en la primera parte de este formulario y como aparece en el documento de identificación. Para persona jurídica registre el nombre del representan legal o apoderado, según corresponda.
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: Para persona natural registre el número de identificación tal como lo señaló en la primera parte de este formulario y como aparece en el documento de identificación. Para persona jurídica registre el número de identificación del representante legal o apoderado, según corresponda.
FECHA: Registre el año, mes y día en que se registra la firma y huella en el formulario.

FIRMA: Registre la firma tal como aparece en su documento de identidad o su firma bancaria. NOTA: La firma registrada debe corresponder a la utilizada para todos los trámites requeridos ante la entidad.

HUELLA INDICE: Estampe la impresión dactilar del índice derecho. Ante la imposibilidad de registrar la huella en las condiciones señaladas, se deberá dejar por escrito el tipo de impresión dactilar utilizada.

12. INFORMACIÓN A SER DILIGENCIADA POR HOMIL

CONVENIO/CONTRATO:
ENTIDAD: Registrar el nombre completo de la entidad que suscribió el convenio.
CONVENIO: Registrar el número del convenio respectivo.
CONTRATO: Registrar el número del contrato suscrito.
FECHA SUSCRIPCION: Registre el año, mes y día de la suscripción del convenio o contrato.

INFORMACIÓN A CONFIRMAR: Registre el tipo de información confirmada según corresponda (información básica, información del representante legal, información tributaria, información financiera, etc)

RESULTADO: Señale si la información fue "confirmada" o "no confirmada"
NOMBRE: Registre el nombre y la firma de quien confirmó la información.
FECHA: Registre el año, mes y día de confirmación de la información.

OBSERVACIONES: En este campo se deberá registrar las inconsistencias o dificultadas para la confirmación de la información o cualquier otro aspecto que se considere relevante.

13. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Como constancia de verificación, el área solicitante de la vinculación, por parte de HOMIL, debe marcar las casillas que correspondan según los documentos recibidos junto con la solicitud de vinculación.