	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMAS URIBE URIBE DE TULUA Empresa Social del Estado		
	CONOCIMIENTO DE PROVEEDORES, EMPLEADOS Y TRABAJADORES SARLAFT		
	Código: MD-DE-RE-014	Versión: 001	Fecha Aprobación: 02/01/2017

Clase de Cliente: Proveedor [ ] Empleado o Trabajador [ ] F. Diligenciamiento 18 | 12 | 2024 (DD MM AAAA)

INFORMACIÓN GENERAL

Persona Natural (para la persona jurídica esta información será del representante Legal)

Nombres y Apellidos Completos: CARLOS JULIO CUELLAR VILLAMARIN

Tipo de Documento: CC X CE TI N° 14985297 Fecha de Expedición 05/ 10 / 2024

Lugar de Nacimiento: Santiago de Cali Nacionalidad: COLOMBIANO

Dirección Residencia: Kra 12b # 57 09 Ciudad: Santiago de Cali

N° Teléfono casa: 602 4017581 N° Celular: 3108395525

DETALLE DE ACTIVIDAD

Asalariado ( ) Independiente ( ) Estudiante ( ) Rentista ( ) Socio ( ) Pensionado ( )

Código de Actividad "CIIU" 3312 E-mail: administracion@ccielectromecanica.com.co

Ocupación / Profesión: INGENIERO ELECTRICISTA

Nombre Empresa donde Trabaja: CCI ELECTROMECANICA SAS Cargo que Desempeña: GERENCIA

Dirección Empresa: KRA 12B # 57 09 Ciudad: Santiago de Cali

Teléfono 602 4017581 E-mail: administracion@ccielectromecanica.com.co

PERSONA JURÍDICA

Razón Social NIT: CCI ELECTROMECANICA SAS

Dirección Oficina Principal: CRA 12B # 57 09 BARRIO LA BASE Ciudad: Santiago de Cali Teléfono: 602 4017581

Dirección Oficina Sucursal: - Ciudad: Teléfono:

Tipo de empresa: ¿Pública Privada x Mixta Inversión extranjera Otra Cuál?:

Código de Actividad "CIIU" 3312

IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MAS DEL 5 % DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIPACIÓN (EN CASO DE REQUERIR MAS ESPACIO DEBE ANEXAR RELACIÓN)

RAZÓN SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO
1.	CC ___ CE ___ TI ___ NIT___	
2.	CC ___ CE ___ TI ___ NIT___	
3.	CC ___ CE ___ TI ___ NIT___	

	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMAS URIBE URIBE DE TULUA **Empresa Social del Estado**		
	CONOCIMIENTO DE PROVEEDORES, EMPLEADOS Y TRABAJADORES SARLAFT		
	Código: MD-DE-RE-014	**Versión: 001**	**Fecha Aprobación: 02/01/2017**

INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Activos	$1.269.331.81		Total Pasivos	$1.269.333.157	
Ingresos Mensuales	$168.721.381	Otros Ingresos	$0	Concepto:	
Egresos Mensuales	$11.722.830	Otros Egresos	$0	Concepto:	

ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza Operaciones Internacionales?	SI		En caso afirmativo, señale el Tipo de Operación: Importaciones__ Exportaciones __ Inversiones__ Prestamos__ Envió y/o Recepción de Giros __Pago de servicios __ Transferencia __ Otros __ Cual?:	NO	

DECLARACIÓN VOLUNTARIA DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que, Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes: (Detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.) LA ACTIVIDAD ECONOMICA COMO APARECE EN NUESTRA CAMARA DE COMERCIO ES DE LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS MANTENIMIENTO, SUMINISTRO E INSTACIÓN DE EQUIPOS ELECTROMECANICOS, CLIMATIZACION Y REFRIGERACION

2. Tanto 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 este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.
4. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinaran a la financiación del terrorismo.

INFORMACIÓN BANCARIA

Entidad	Sucursal y Tel.	Tipo de Cuenta	Cuenta Número
AVVILLAS	164	CORRIENTE	164033219

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 del Representante Legal del Proveedor o Empleado

VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN (Espacio para la entidad)

Fecha de Verificación: ____ ____ ____ Hora: ____

Nombre de quien verifica: _____ Cargo: _____

Resultado de la Verificación:

_____

_____

_____

Firma: _____