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

Clase de Cliente: Proveedor [ ] Empleado o Trabajador [ ] F. Diligenciamiento 15 05 2025 (DD MM AAAA)

INFORMACIÓN GENERAL

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

Nombres y Apellidos Completos: MYRIAM RICAURTE DURAN

Tipo de Documento: CC CE TI N° 37.891.235 Fecha de Expedición 26 JULIO 1985

Lugar de Nacimiento: PINCHOTE SANTANDER Nacionalidad: COLOMBIANA

Dirección Residencia: CR 13 # 8 NT – 49 Ciudad: ARMENIA QUINDIO

N° Teléfono casa: 6067355529 N° Celular: 3183819545

DETALLE DE ACTIVIDAD

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

Código de Actividad "CIIU" E-mail: DIRECTORA@TELARESMEDELLIN.COM

Ocupación / Profesión: GERENTE

Nombre Empresa donde Trabaja: TELARES MEDELLIN HOGAR SAS Cargo que Desempeña: GERENTE

Dirección Empresa: CALLE 9 # 14 – 33 PISO 2 Ciudad: ARMENIA QUINDIO

Teléfono 6067355529 E-mail: INFO@TELARESMEDELLIN.COM

PERSONA JURÍDICA

Razón Social NIT: TELARES MEDELLIN HOGAR SAS

Dirección Oficina Principal: CALLE 9 # 14 – 33 PISO 2 Ciudad: ARMENIA QUNDIO Teléfono: 6067355529

Dirección Oficina Sucursal: CARRERA 25 # 26 – 16 BOYACA PLAZA Ciudad: TULUA VALLE Teléfono: 3164698302

Tipo de empresa: Pública Privada X Mixta Inversión extranjera Otra Cuál?: _____

Código de Actividad "CIIU" 4751

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. GLOBAL GRACE INVESTMENTS CORP	CC ___ CE ___ TI ___ NIT X	901.880.830-1
2.	CC ___ CE ___ TI ___ NIT___	
3.	CC ___ CE ___ TI ___ NIT___	

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

INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Activos	$19.156.000.000		Total Pasivos	$12.105.000.000----------	
Ingresos Mensuales	$3.470.000.000----------	Otros Ingresos	$13.800.000----------	Concepto: FINANCIEROS	
Egresos Mensuales	$3.378.000.000----------	Otros Egresos	$38.700.000----------	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**	**X**

DECLARACIÓN VOLUNTARIA DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que, Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes: (Detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.)_COMERCIALIZACION AL POR MENOR DE PRODUCTOS TEXTILES EN COMERCIOS ESPECIALIZADOS_____

_____

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
BANCOLOMBIA	**ARMENIA**	**CORRIENTE**	**37447244239**

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: _____