	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 [X] Empleado o Trabajador [ ] F. Diligenciamiento 16 04 2025 (DD MM AAAA)

INFORMACIÓN GENERAL

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

Nombres y Apellidos Completos: DIANA MARCELA VILLOTA INSUASTY

Tipo de Documento: CC CE TI N° 27.088.227 Fecha de Expedición 31 de octubre de 1996

Lugar de Nacimiento: Pasto Nariño Nacionalidad: Colombiana

Dirección Residencia: Senderos de la morada CA 32 Ciudad: Jamundi

N° Teléfono casa: 6022492655 N° Celular: 3002951838

DETALLE DE ACTIVIDAD

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

Código de Actividad "CIIU" 8621 E-mail: contabilidad.grupomaassas@gmail.com

Ocupación / Profesión: Peritaje Médico

Nombre Empresa donde Trabaja: GRUPO MAAS SAS Cargo que Desempeña: REPRESENTANTE LEGAL

Dirección Empresa: VIA LA MEZQUITA CONJ SENDEROS DE LA MORADA CA42 Ciudad: JAMUNDI - VALLE

Teléfono 3002951838 E-mail: contabilidad.grupomaassas@gmail.com

PERSONA JURÍDICA

Razón Social NIT: 901.568.379-2

Dirección Oficina Principal: VIA LA MEZQUITA CONJ SENDEROS DE LA MORADA CA42 Ciudad: JAMUNDI Teléfono: 3002951838

Dirección Oficina Sucursal: _____ Ciudad: _____ Teléfono: _____

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

Código de Actividad "CIIU" 7020

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. DIANA MARCELA VILLOTA INSUASTY	CC X CE ___ TI ___ NIT ___	27.088.227
2.	CC ___ CE ___ TI ___ NIT ___	
3.	CC ___ CE ___ TI ___ NIT ___	

INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Activos	$ 56.747.153,32	Total Pasivos	$ 28.906.011.74
	$ 6.141.667		$ 0

	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

Ingresos Mensuales $ 4.372.513 es Otros Ingresos $ 0 Concepto: _____

Egresos Mensuales $ 4.372.513 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**	**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.)__PERITAJE Y DICTAMEN MEDICO _____

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
BANCOOMEVA	UNICENTRO	CORRIENTE	010712896806

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: _____