

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMÁS 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 DD MM AAAA

INFORMACIÓN GENERAL

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

Nombres y Apellidos Completos: Veronica Quiroz
 Tipo de Documento: CE TI N° 32278709 Fecha de Expedición 10 jul 2003
 Lugar de Nacimiento: Frontino-Antioquia Nacionalidad: Colombiana
 Dirección Residencial: Cll 41A # 26-94 Ciudad: Tulua-Valle
 N° Teléfono casa: _____ N° Celular: 3174985000

DETALLE DE ACTIVIDAD

Asalariado ☐ Independiente ☐ Estudiante ☐ Rentista ☐ Socio ☐ Pensionado ☐
 Código de Actividad "CIU" 7310 E-mail: ContabilidadKopien@hotmail.com
 Ocupación / Profesión: Profesional en Seguridad y Salud en el trabajo
 Nombre Empresa donde Trabaja: Centro de Soluciones Kopien SAS Cargo que Desempeña: representante legal
 Dirección Empresa: Cll 41A # 26-94 Ciudad: Tulua
 Teléfono: _____ E-mail: ContabilidadKopien@hotmail.com

PERSONA JURÍDICA

Razón Social NIT: Centro de Soluciones Kopien S.A.S 901903423-6
 Dirección Oficina Principal: Cll 41A # 26-94 Ciudad: Tulua Teléfono: 3174985000
 Dirección Oficina Sucursal: _____ Ciudad: _____ Teléfono: _____
 Tipo de empresa: Pública ☐ Privada ☒ Mixta ☐ Inversión extranjera ☐ OtraCuál?: _____
 Código de Actividad "CIU" 7310

IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MAS DEL 5 % DEL CAPITAL SOCIAL, APOORTE 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 ☐	

INFORMACIÓN FINANCIERA

	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

Total Activos	\$ 220.000.000	Total Pasivos	\$ 15.000.000
Ingresos Mensuales	\$ 30.000.000	Otros Ingresos	\$
Egresos Mensuales	\$ 10.000.000	Otros Egresos	\$
		Concepto:	

ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza Operaciones Internacionales?	SI	NO	En caso afirmativo, señale el Tipo de Operación: Importaciones __ Exportaciones __ Inversiones __ Prestamos __ Envío y/o Recepción de Giros __ Pago de servicios __ Transferencia __ Otros __ Cual?:
		☒	

DECLARACIÓN VOLUNTARIA DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que, Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes: (Detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.)

- 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
- La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.
- 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	Tulua	Ahorro	76200007601

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: