



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

DD MM AAAA

INFORMACIÓN GENERAL

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

Nombres y Apellidos Completos: _____ STELLA MARTINEZ SANCHEZ _____

Tipo de Documento: CC X CE TI N° _____ 31254962 _____ Fecha de Expedición _____ 27/01/1975 _____

Lugar de Nacimiento: _____ CALI - VALLE _____ Nacionalidad: _____ COLOMBIANO _____

Dirección Residencia: _____ Calle 5 OESTE # 29 55 _____ Ciudad: _____ CALI _____

N° Teléfono casa: _____ 3183492978 _____ N° Celular: _____ 3183492978 _____

DETALLE DE ACTIVIDAD

Asalariado Independiente Estudiante Rentista Socio Pensionado

Código de Actividad "CIUU" E-mail: _____

Ocupación / Profesión: _____

Nombre Empresa donde Trabaja: _____ Cargo que Desempeña: _____

Dirección Empresa: _____ Ciudad: _____

Teléfono _____ E-mail: _____

PERSONA JURÍDICA

Razón Social NIT: _____ SINDICATO INTEGRAL PARA LA SALUD -SISAD _____

Dirección Oficina Principal: _____ Calle 5 OESTE # 29 55 _____ Ciudad: _____ CALI _____ Teléfono: _____ 3126816216 _____

Dirección Oficina Sucursal: _____ Ciudad: _____ Teléfono: _____

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

Código de Actividad "CIUU"

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	\$ 4.726.066.000	Total Pasivos	\$ 1.287.777.000
Ingresos Mensuales	\$ 32.111.666	Otros Ingresos	\$ 97.160.416
Egresos Mensuales	\$53.310.000	Otros Egresos	\$ 12.217.000

Concepto: _____ rentas no laborales _
Concepto: _____

ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza Operaciones Internacionales?	SI	En caso afirmativo, señale el Tipo de Operación: Importaciones __ Exportaciones __ Inversiones __ Prestamos __ Envío 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.) _____ PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES _____

- 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.

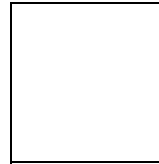
INFORMACIÓN BANCARIA

Entidad	Sucursal y Tel.	Tipo de Cuenta	Cuenta Número

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: _____