

	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 ☐

24	DIC	2025
DD	MM	AAAA

INFORMACIÓN GENERAL

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

Nombres y Apellidos Completos: ALEXANDER FRANCO ARENAS

Tipo de Documento: CC CE TI N° 94394135 Fecha de Expedición 25-NOV- 1995

Lugar de Nacimiento: TULUA Nacionalidad: COLOMBIANO

Dirección Residencia: CRA 12A 16-63 Ciudad: CARTAGO VALLE

N° Teléfono casa: _____ N° Celular: 3165263472

DETALLE DE ACTIVIDAD

Asalariado ☐ Independiente ☐ Estudiante ☐ Rentista ☐ Socio ☐ Pensionado ☐

Código de Actividad "CIU" E-mail: _____

Ocupación / Profesión: _____

Nombre Empresa donde Trabaja: _____ Cargo que Desempeña: _____

Dirección Empresa: _____ Ciudad: _____

Teléfono _____ E-mail: _____

PERSONA JURÍDICA

Razón Social NIT: IBS INGENIERIA BIOMEDICA S.A.S

Dirección Oficina Principal: CALLE 13 #1-22N Ciudad: CARTAGO Teléfono: 3154098529

Dirección Oficina Sucursal: _____ Ciudad: _____ Teléfono: _____

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

Código de Actividad "CIU"

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. ALEXANDER FRANCO ARENAS	CC ☒ CE ☐ TI ☐ NIT	94394135
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	\$1.174.054.592	Total Pasivos	\$403.683.462
Ingresos Mensuales	\$ 115.208.714.71	Otros Ingresos	\$ Concepto: _____
Egresos Mensuales	\$	Otros Egresos	\$ 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.) PROVIENE DE NUESTRA ACTIVIDAD ECONOMICA

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 destinarán 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: _____