

	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: ANDREA LORENA PORTILLA CRUZ

Tipo de Documento: CC X CE TI N° 59.684.166 Fecha de Expedición 22 JULIO 2002

Lugar de Nacimiento: TUMACO (NARIÑO) Nacionalidad: COLOMBIANA

Dirección Residencia: Calle 30 #1-165 casa 62 Ciudad: JAMUNDI

N° Teléfono casa: _____ N° Celular: 315 2624121

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: SERMEQS SAS

Dirección Oficina Principal: CARRERA 42 # 5ª 67 Ciudad: CALI Teléfono: 3183491468

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. LENNIN EDMUNDO HIDALGO BASANTE	CC _X_ CE _ TI _ NIT _	87.573.918
2. JUAN DIEGO TORRES ORTEGA	CC X CE _ TI _ NIT _	1.085.247.698
3. SERMEQS SAS	CC _ CE _ TI _ NIT _X_	900.445.702-7

INFORMACIÓN FINANCIERA

	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

Total Activos	\$14.399.333.957	Total Pasivos	\$ 7.882.603.131
Ingresos Mensuales	\$1.491.656.000	Otros Ingresos	\$3.487.000
Concepto: rendimientos financieros – descuentos comerciales- otros reintegros			
Egresos Mensuales	\$1.293.133.000	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.) COMERCIO Y DISTRUBICIÓN DE EQUIPOS MEDICOS IMPLANTABLES

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
BANCO DE BOGOTA	CALI - 3820000	CORRIENTE	249296005

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: _____



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