

		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 19 12 25
 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: CÉ CE TI N° 32.278.709 Fecha de Expedición 10-07-2003

Lugar de Nacimiento: Florencia Antioquia Nacionalidad: Colombiana

Dirección Residencia: Col 37 # 25-48 Ciudad: Toluca

N° Teléfono casa: _____ N° Celular: 3104021738

DETALLE DE ACTIVIDAD

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

Código de Actividad "CIIU" _____ E-mail: _____

Ocupación / Profesión: _____

Nombre Empresa donde Trabaja: _____ Cargo que Desempeña: _____

Dirección Empresa: _____ Ciudad: _____

Teléfono _____ E-mail: _____

PERSONA JURÍDICA

Razón Social NIT: Centro de Soluciones Propien S.A.S - 901903423-6

Dirección Oficina Principal: Cl 41 # 26-94 Ciudad: Toluca Teléfono: 3124985000

Dirección Oficina Sucursal: _____ Ciudad: _____ Teléfono: _____

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

Código de Actividad "CIIU" 7310-20250108

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 RELACION)

RAZÓN SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO
1. <u>Veronica Quiroz</u>	CC ☒ CE ___ TI ___ NIT ___	<u>32.278.709</u>
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	\$ 96'646.564	Total Pasivos	\$ 71'828.483
Ingresos Mensuales	\$ 23'406.364	Otros Ingresos	\$ 0
Egresos Mensuales	\$ 16'338.233	Otros Egresos	\$ 0
		Concepto:	
		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?:
		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.) _____

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
Bancolombia		Cuenta de chequeros	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: