

**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

12 18 2025

DD MM AAAA

Clase de Cliente: Proveedor  Empleado o Trabajador  F. Diligenciamiento**INFORMACIÓN GENERAL**

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

Nombres y Apellidos Completos: BELBY HERNANDEZ RAMOS

Tipo de Documento: CC CE TI N° 29590832 Fecha de Expedición 26- DIC- 2025

Lugar de Nacimiento: LA CUMBRE\_ Nacionalidad: COLOMBIA

Dirección Residencia: \_CALLE 45 NO 98B - 50 Ciudad: CALI

N° Teléfono casa: \_\_\_\_\_ N° Celular: 3053575989

**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: \_\_\_MG GROUP SAS\_ 900993356-1

Dirección Oficina Principal: \_\_\_CALLE 25B 70B 50 AP 1408\_\_\_ Ciudad: \_\_\_BOGOTA\_\_\_ Teléfono: \_\_\_3245513725\_\_\_

Dirección Oficina Sucursal: \_\_\_CALLE 11 A 65 A 60 SEGUNDO PISO\_\_\_ Ciudad: \_\_\_CALI\_\_\_ Teléfono: \_\_\_3245513725\_\_\_

Tipo de empresa: Pública Privada  Mixta Inversión extranjera OtraCuál?: \_\_\_\_\_

Código de Actividad "CIU" 4659-4646-2660-3313

**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. EDUARD BENAVIDES VILLAMARIN | CC <input checked="" type="checkbox"/> CE ___ TI ___<br>NIT | 76.329.804 |
| 2.                             | CC ___ CE ___ TI ___<br>NIT                                 |            |
| 3.                             | CC ___ CE ___ TI ___<br>NIT                                 |            |

**INFORMACIÓN FINANCIERA**



Hospital Departamental  
Tomás Uribe Uribe  
de Salud Local  
CONSEJO ADMINISTRATIVO LOCAL

## 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

\$ 1.9922.927.583

Total Pasivos

\$ 151.020.834

Ingresos Mensuales

\$157.864443

Otros Ingresos

\$ 8878.847

Concepto: \_\_\_\_\_

Egresos Mensuales

\$ 82.225.289

Otros Egresos

\$

Concepto: RENDIMIENTOS FINANCIEROS

#### 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 DE MANTENIMIENTO BIOMEDICO, VENTA Y COMERCIALIZACION DE PRODUCTOS MEDICOS.  
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 | VILLACOLOMBIA (602-5540505) | AHORROS        | 26164607690   |

#### 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: \_\_\_\_\_