

	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 06 01 2026
DD MM AAAA

INFORMACIÓN GENERAL

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

Nombres y Apellidos Completos: Kelly Johana Cáceres Alvarez

Tipo de Documento: CC ☒ CE ☐ TI: N° 111624706 Fecha de Expedición Tuluá, 23 de mayo de 2008

Lugar de Nacimiento: Tuluá Valle Nacionalidad: colombiana

Dirección Residencia: CR 26 #33 – 50 Ciudad: Tuluá Valle

N° Teléfono casa: _____ N° Celular: 3113322874

DETALLE DE ACTIVIDAD

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

Código de Actividad "CIIU" 3312 E-mail: refrimastertulua@hotmail.com

Ocupación / Profesión: Ingeniera Industrial

Nombre Empresa donde Trabaja: Refrimaster SAS Cargo que Desempeña: Gerente

Dirección Empresa: CR 26 #33 – 50 Ciudad: Tuluá Valle

Teléfono: 3113322874 E-mail: gerencia@refrimaster.com.co

PERSONA JURÍDICA

Razón Social: Refrimaster SAS NIT: 901.222.965 - 3

Dirección Oficina Principal: CR 26 #33 – 50 Ciudad: Tuluá Valle Teléfono: 3113322874

Dirección Oficina Sucursal: _____ Ciudad: _____ Teléfono: _____

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

Código de Actividad "CIIU" 3312

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. Kelly Johana Cáceres Alvarez	CC ☒ CE ☐ TI ☐ NIT _____	1116247063
2. Nohora Alicia Alvarez Millan	CC ☒ CE ☐ TI ☐ NIT _____	31201949
3.	CC ☐ CE ☐ TI ☐ NIT _____	

	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

INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Activos	\$625.723.125	Total Pasivos	\$437.526.942
Ingresos Mensuales	\$71.424.489	Otros Ingresos	\$2.519.100
Egresos Mensuales	\$56.143.235	Otros Egresos	\$
		Concepto: <u>Recuperaciones e ingresos financieros</u>	
		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
---------------------------------------	----	--	----

DECLARACIÓN VOLUNTARIA DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que, Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes: (Detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.) _____

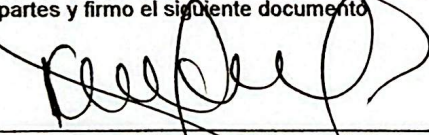
2. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano
3. La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.
4. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinaran a la financiación del terrorismo.

INFORMACIÓN BANCARIA

Entidad	Sucursal y Tel.	Tipo de Cuenta	Cuenta Número
BANCOLOMBIA	Tuluá Valle	Corriente	87400010749

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: Kelly Johana Cáceres Alvarez Cargo: Gerente

Resultado de la Verificación:

Firma: _____