ESE Hospital San Juan de Dios
Santa Fe de Antioquia

FORMULARIO DE SOLICITUD DE VINCULACIÓN DE PROVEEDORES Y CON

1. INFORMACIÓN GENERAL

Vinculación	x	Actualización		Modificación		
Fecha de diligenciamiento	15	1	2026	Ciudad:	medelli	
Marque con X según corresponda						
Contratista	x	Proveedor de servicios				

PERSONA NATURAL

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS:

Tipo de Identificación CC CE PA TI RC Fecha de expedición	CC	CE	PA	TI	No. Identificación:		Lugar de Exp
Fecha de Nacimiento	DD	MM	AAAA		Lugar de Nacimiento		Profesion u Oficio
Dirección Residencia:			Actividad Economica :			CIIU	

PERSONA JURÍDICA

Razón Social: Netamente sas		**NIT: 901015711**	
Ciudad: Medellin	Departamento: Antioquia	Teléfono: 5386808	E - mail: neta
Tipo de empresa: Pública _____ Privada __x__ Mixta _____			Inversión extranjera)
Actividad Economica : Desarrollo y venta de software		CIIU 6201	E-MAIL netamentesas@gmail.c

Ingresos Mensuales	48,000,000	**Egresos Mensuales**	35,000,000
Pasivos	12.397.000	**Otros Ingresos**	**Descripcion otros ing**

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS:

Tipo de Identificación CC CE PA TI RC Fecha de expedición	CC x	CE	PA	TI	No. Identificación:	1037571841	Lugar de Exp envigad

2. IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MAS DEL 5 %
CASO DE REQUERIR MAS ESPACIO DEBE ANEXAR RELACIÓ

RAZÓN SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	TIPO DE IDENTIFICAC
jonny martinez hoyos	C.C. x C.E ☐ T.I ☐
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐

3. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

Realiza transacciones en moneda extranjera? SI ☐ NO x Tipo de Transacción: Importación ☐ Exporta
Trasferencias ☐ Otros Cual? _____

Tipo de Producto	Identificación o Numero del Producto	Entidad	Monto	Ciudad

4. PEPS

¿POR SU CARGO MANEJA RECURSOS PUBLICOS?	**SI**
¿POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA USTED DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL?	**SI**
¿EXISTE ALGÚN VÍNCULO ENTRE USTED Y UNA PERSONA CONSIDERADA PÚBLICAMENTE EXPUESTA?	**SI**
¿ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS O GRUPO DE PAISES?	**SI**

5. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y AUTORIZACIÓN CONSULTA A CENTRAL

Declaro expresamente que:

1. Los recursos que la Compañía posee provienen de las siguientes fuentes: (Detalle ocupación, oficio, actividad,
2. Tanto mi actividad o la actividad de la compañía a la cual represento, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dent
provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano o de los países no cooperar
3. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a act
Hospital San Juan de Dios
4. Autorizo al Hsopital San Juan de Dios, para solicitar, consultar, procesar, suministrar, reportar o divulgar a cual
comercial vigente o que se encuentre debidamente autorizada para manejar o administrar bases de datos, incluid
contenida en este formato y la búsqueda en listas restricitvas. .
5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, gr

6. AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERS

Autorizo al Hospital San Juan de Dios, el uso de los datos aquí consignados, de acuerdo al política de datos del H

7. FIRMA Y HUELLA

FIRMA 

CC: 10

8. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

	DÍA	MES	AÑO
Fecha de Verificación			
Nombre y Cargo de quien verifica			
Firma			
Resultado de la Verificación			

NTRATISTAS	CÓDIGO: PD-PD-FT-14
	VERSIÓN: 02
	FECHA: DICIEMBRE 2024
	PÁGINA: 1 DE 1

in	Departamento: Antioquia
	Proveedor de suministros

edición	Fecha de Expedición	DD-MM-AAAA
		Telefono Celular
E-MAIL		

amentesas@gmail.com

SI (
NO (x) PORCENTAJE ( )

com

Activos	1.505.426.000

gresos:

edición lo	Fecha de Expedición	11/05/2004-

% DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIPACIÓN (EN N)

CIÓN	NÚMERO
NIT	1037571841
NIT	
NIT	
NIT	
NIT	

ación Inversiones Préstamos

País	Moneda

	NO	x	
	NO	x	INDIQUE
	NO	x	INDIQUE
	NO		INDIQUE

.ES DE RIESGO E INFORMACIÓN

negocio, etc.)
:ro del marco legal y los recursos que poseo no
ntes en la lucha contra el LA/FT.
ualizarla anualmente o cuando sea solicitada por el

quier entidad con la que mantenga una relación
as las entidades gubernamentales, la información

upos terroristas o actividades terroristas

ONALES

Hospital San Juan de Dios de Santa fe de Antioquia

37571841



HUELLA

Hora