| | | | |
|---|---|---|---|
| | **HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMAS URIBE URIBE**<br>**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 [X] Empleado o Trabajador [ ] F. Diligenciamiento 17 12 2025 (DD MM AAAA)

## INFORMACIÓN GENERAL

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

Nombres y Apellidos Completos: Alejandro Bermúdez Restrepo

Tipo de Documento: CC CE TI N° 16.233.218 Fecha de Expedición 24/07/1996

Lugar de Nacimiento: Cartago Nacionalidad: Colombiano

Dirección Residencia: Ceibas del Castillo Casa 63 Ciudad: Cali

N° Teléfono casa: 4864628 N° Celular: 3004060508

## DETALLE DE ACTIVIDAD

Asalariado ( ) Independiente ( ) Estudiante ( ) Rentista ( ) Socio (X) Pensionado ( )

Código de Actividad "CIIU" E-mail: abermudez@tiqal.com

Ocupación / Profesión: Ingeniero Industrial

Nombre Empresa donde Trabaja: TIQAL SAS Cargo que Desempeña: Gerente General

Dirección Empresa: Cra. 101 No. 14 - 122 Ciudad: Cali

Teléfono 4864628 E-mail: abermudez@tiqal.com

## PERSONA JURÍDICA

Razón Social NIT: TIQAL SAS

Dirección Oficina Principal: Cra. 101 No. 14 - 122 Ciudad: Cali Teléfono: 4864628

Dirección Oficina Sucursal: N/A Ciudad: Teléfono:

Tipo de empresa: Pública Privada X Mixta Inversión extranjera Otra Cuál?:

Código de Actividad "CIIU" 6201

## 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 RELACIÓN)

| RAZÓN SOCIAL O NOMBRE COMPLETO | TIPO DE IDENTIFICACIÓN | NÚMERO |
|---|---|---|
| 1. Alejandro Bermúdez Restrepo | CC X CE ___ TI ___ NIT___ | 16.233.218 |
| 2. Diego Ezequiel Martínez | CC X CE ___ TI ___ NIT___ | 94.519.207 |
| 3. Luz Karime Garcés | CC X CE ___ TI ___ NIT___ | 38.550.123 |

## INFORMACIÓN FINANCIERA

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMAS URIBE URIBE**<br>**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 | $ 7.017.227.925 | | Total Pasivos | $ 3.981.936.730 | |
| Ingresos Mensuales | $ 664.399.347 | Otros Ingresos | $ 86.029.163 | Concepto: | Ing. financieros, diferencias en cambio a favor e incapacidades. |
| Egresos Mensuales | $ 319.255.057 | Otros Egresos | $ 642.580.622 | Concepto: | Gastos bancarios, intereses |

## ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ¿Realiza Operaciones Internacionales? | **SI** | X | En caso afirmativo, señale el Tipo de Operación: Importaciones__ Exportaciones __ Inversiones__ Prestamos__ Envió y/o Recepción de Giros __Pago de servicios _X_ 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.) Financieros de la operación,

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 | Cañasgordas / Tel. 4850545 Ext. 121 | Ahorros | 60538212558 |

## 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

Alejandro Bermúdez Restrepo

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:** _____