

	FORMULARIO DE SOLICITUD DE VINCULACIÓN DE PROVEEDORES Y CONTRATISTAS		CÓDIGO: PD-PD-FT-14			
			VERSIÓN: 01			
			FECHA: OCTUBRE 2023			
			PÁGINA: 1 DE 1			
Fecha de diligenciamiento			16	01	2026	
1. INFORMACIÓN GENERAL						
PERSONA NATURAL (Para las personas jurídicas está información será la del representante legal)						
NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS		MARY LUZ URREGO LONDOÑO		N°. Identificación	43.970.895	
Tipo de identificación	☒ CC ☐ E ☐ PA ☐ TI ☐ RC	Fecha de expedición	18 02 2002	Expedida en:	MEDELLIN	
Fecha de Nacimiento	20 dic 1983	Lugar de Nacimiento	FRONTINO ANT.	Nacionalidad	COLOMBIANO	
Dirección Residencia		País - Dpto. - Ciudad		Teléfono casa		
DETALLE ACTIVIDAD						
Asalariado	Independiente	Estudiante	Rentista	Socio	X Pensionado	
PERSONA JURÍDICA						
Razón Social:		SUMINISTRO MEDICAMENTOS Y EQUIPOS BIOMEDICOS S.A.S		NIT:	900028721-9	
Dirección oficina principal		CRA 65 N° 49B - 21 OFC 205 CENTRO COMERCIAL LOS SAUCES		Ciudad	MEDELLIN	
Código de actividad CIU		4645		E - mail	mary.urrego@symeb.com.co	
Tipo de empresa:		Pública Privada X Mixta		Inversión extranjera SI () NO (X) PORCENTAJE ()		
2. 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		
MARY LUZ URREGO LONDOÑO		C.C. X C.E. T.I. NIT		43.970.895		
FABIAN GONZALO ZAPATA QUIROS		C.C. X C.E. T.I. NIT		71.023.248		
		C.C. C.E. T.I. NIT				
		C.C. C.E. T.I. NIT				
		C.C. C.E. T.I. NIT				
4. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES						
Realiza transacciones en moneda extranjera? SI ☒ NO ☐ Tipo de Transacción: Importación Exportación Inversiones Prestarhos Tránsferencias Otros Cál?						
Tipo de Producto	Identificación o Numero del Producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda
PEPS						
¿POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA USTED DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL?			SI	☐	NO	☒ INDIQUE
¿EXISTE ALGÚN VÍNCULO ENTRE USTED Y UNA PERSONA CONSIDERADA PÚBLICAMENTE EXPUESTA?			SI	☐	NO	☒ INDIQUE
¿ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS O GRUPO DE PAISES?			SI	☐	NO	☒ INDIQUE
5. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y AUTORIZACIÓN CONSULTA A CENTRALES DE RIESGO E INFORMACION						
Declaro expresamente que:						
1. Los recursos que la Compañía posee provienen de las siguientes fuentes: (Detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.)						
2. Tanto mi actividad o la actividad de la compañía a la cual represento, 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 o de los países no cooperantes en la lucha contra el LA/FT.						
3. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente o cuando sea solicitada por el Hospital San Juan de Dios						
4. Autorizo al Hospital San Juan de Dios, para solicitar, consultar, procesar, suministrar, reportar o divulgar a cualquier entidad con la que mantenga una relación comercial vigente o que se encuentre debidamente autorizada para manejar o administrar bases de datos, incluidas las entidades gubernamentales, la información contenida en este formato y la búsqueda en listas restrictivas.						
5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas						
6. AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES						
Autorizo al Hospital San Juan de Dios, el uso de los datos aquí consignados, de acuerdo al política de datos del Hospital San Juan de Dios de Santa fe de Antioquia						
9. FIRMA Y HUELLA						
FIRMA			CC:		HUELLA	
						
11. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN						
Fecha de Verificación			DÍA MES AÑO			Hora
Nombre y Cargo de quien verifica						
Firma						
Resultado de la Verificación						