ESE Hospital San Juan de Dios Santa Fe de Antioquia	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: 29 / 01 / 2026

1. INFORMACIÓN GENERAL

PERSONA NATURAL (Para las personas jurídicas está información será la del representante legal)

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: RAFAEL PEREZ — N°. Identificación: 13361627

Tipo de identificación: CC [X] CE [ ] PA [ ] TI [ ] RC [ ] — Fecha de expedición: 16 / 05 / 1977 — Expedida en:

Fecha de Nacimiento: 17-05-1956 — Lugar de Nacimiento: OCAÑA — Nacionalidad: COLOMBIANO

Dirección Residencia: CRA 37A 6 57 — País - Dpto. - Ciudad — Teléfono casa — Celular: 3167480922

DETALLE ACTIVIDAD

Asalariado [ ] Independiente [ ] Estudiante [ ] Rentista [ ] Socio [X] Pensionado [ ]

PERSONA JURÍDICA

Razón Social: JAMAL MEDICAL SAS — **NIT:** 901520910

Dirección oficina principal: CRA 37A 6 57 — Ciudad: CALI — Teléfono: 3167480922

Código de actividad CIIU: 4773 — E - mail: jamalmedicalsas@gmail.com

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, APORTE O PARTICIPACIÓN (EN CASO DE REQUERIR MAS ESPACIO DEBE ANEXAR RELACIÓN)

RAZÓN SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO
RAFAEL PEREZ	C.C. [X] C.E. [ ] T.I. [ ] NIT [ ]	13361627
	C.C. [ ] C.E. [ ] T.I. [ ] NIT [ ]	
	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 [ ] Prestamos [ ] Trasferencias [ ] Otros [ ] Cuál? _____

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	[X]	INDIQUE
¿EXISTE ALGÚN VÍNCULO ENTRE USTED Y UNA PERSONA CONSIDERADA PÚBLICAMENTE EXPUESTA?	SI	[ ]	NO	[X]	INDIQUE
¿ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS O GRUPO DE PAISES?	SI	[ ]	NO	[X]	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 Hsopital 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 restricitvas. .
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: 13361627



HUELLA

11. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

DÍA MES AÑO

Fecha de Verificación	Hora
Nombre y Cargo de quien verifica	
Firma	
Resultado de la Verificación	