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: 02 FECHA: DICIEMBRE 2024 PÁGINA: 1 DE 1

1. INFORMACIÓN GENERAL

Vinculación		Actualización: XX		Modificación			
Fecha de diligenciamiento	26	1	2026	Ciudad:	MEDELLIN	Departamento: ANTIOQUIA	
Marque con X según corresponda							
Contratista		Proveedor de servicios			Proveedor de suministros	XX	

PERSONA NATURAL

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS:

Tipo de Identificación CC CE PA TI RC	CC	CE	PA	TI	No. Identificación:		Lugar de Expedición		Fecha de Expedición	
Fecha de Nacimiento					Lugar de Nacimiento		Profesion u Oficio			
Dirección Residencia:		Actividad Economica :			CIIU		E-MAIL			

PERSONA JURÍDICA

Razón Social: PROVIGASA MEDICAL SAS		NIT: 900269151-4			
Ciudad: MEDELLIN	Departamento: ANTIOQUIA	Teléfono: N/A	E - mail: provigasamedical@gmail.com		
Tipo de empresa: Pública _____ Privada XX Mixta _____			Inversión extranjera SI ( ) NO (XX) PORCENTAJE ( )		
Actividad Economica : Confección de artículos con materiales textiles, excepto prendas de vestir		CIIU 1392	E-MAIL provigasamedical@gmail.com		
Ingresos Mensuales	788978447	**Egresos Mensuales**	765107640	Activos	8594036780
Pasivos	2823520181	**Otros ingresos**	2321750	**Descripcion otros ingresos: REINTEGROS, COSTOS. GASTOS**	

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS:

Tipo de Identificación CC CE PA TI RC	CC XX	CE	PA	TI	No. Identificación:	8219808	Lugar de Expedición MEDELLIN	Fecha de Expedición	18/12/1961

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
LUIS FERNANDO ESCOBAR AGUILERA	C.C. XX C.E T.I. NIT	70555872
	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	

3. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

Realiza transacciones en moneda extranjera? SI XX NO Tipo de Transacción: Importación Exportación XX Inversiones Préstamos
Trasferencias Otros Cual? _____

Tipo de Producto	Identificación o Numero del Producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda
GASA HOSPIT		SCOTIABANK COLPATRIA	130000	SHANGAI	CHINA	USD

4. PEPS

¿POR SU CARGO MANEJA RECURSOS PUBLICOS?	SI		NO	X	
¿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 INFORMACIÓN

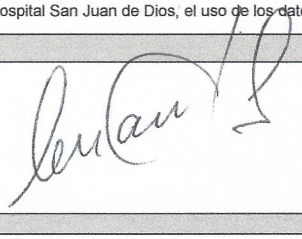
Declaro expresamente que:

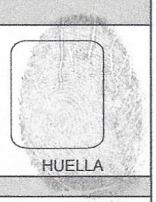
1. Los recursos que la Compañía posee provienen de las siguientes fuentes: Comercialización de insumos médicos
2. Tanto mi actividad o la actividad de la compañía a la cual represento, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades 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

7. FIRMA Y HUELLA

FIRMA  **CC:** 8219808


HUELLA

8. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

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