

 <p>ESE Hospital San Juan de Dios Santa Fe de Antioquia</p>	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		dd	mm	año
---------------------------	--	----	----	-----

1. INFORMACIÓN GENERAL

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

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS _____		N°. Identificación _____	
Tipo de identificación	☐ CC ☐ CE ☐ PA ☐ TI ☐ RC	Fecha de expedición _____	Expedida en: _____
Fecha de Nacimiento _____	Lugar de Nacimiento _____		Nacionalidad _____
Dirección Residencia _____	País - Dpto. - Ciudad _____	Teléfono casa _____	Celular _____
DETALLE ACTIVIDAD Asalariado ☐ Independiente ☐ Estudiante ☐ Rentista ☐ Socio ☐ Pensionado ☐			

PERSONA JURÍDICA

Razón Social: MACROMEDICOS SAS	NIT: 900294227-0
Dirección oficina principal CALLE 49AA #77C-35 Ciudad MEDELLIN Teléfono 3233671492	
Código de actividad CIU 4773 E - mail GERENCIA@MACROMEDIOS.COM	
Tipo de empresa: Pública ☐ Privada ☒ 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
MANUEL JAVIER ARROYAVE LOPERA	C.C. ☒ C.E. ☐ T.J. ☐ NIT ☐	1038101289
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.J. ☐ NIT ☐	
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.J. ☐ NIT ☐	
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.J. ☐ NIT ☐	
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.J. ☐ NIT ☐	

4. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

Realiza transacciones en moneda extranjera? SI ☐ NO ☒		Tipo de Transacción ☐ Importación ☐ Exportación ☐ Inversiones ☐ Préstamos ☐ Transferencias ☐ Otros ☐ _____	
--	--	---	--

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 PAÍSES?	SI	☐	NO	☒	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: (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: 1038101289	 HUELLA
---	-----------------------	--

11. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

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