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: 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: Operador Farmaceutico y dispositivos NIT: 900135828

Dirección oficina principal CR 43F 14-53 Ciudad Medellin Teléfono 444 4303

Código de actividad CIIU 4645 E - mail contacto@ofydsa.com

Tipo de empresa: Pública ____ Privada X Mixta ____ Inversión extranjera SI ( ) NO ( ) 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
Rosario Zapata Rios	X C.E. T.I. NIT	32440755
Claudia Maya Zapata	X C.E. T.I. NIT	43867441
Patricia Gomez Botero	X C.E. T.I. NIT	43053564
Walter Osorio Zapata	X C.E. T.I. NIT	71669904
	X 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] Cual? _____

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 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 Lina Rapeada Naya T CC: 43976630

HUELLA

11. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

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